

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ - SALPÊTRIÈRE

Année 1971
—

PARIS

N°

88

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Madame CIPRIANI
—

(née Jacqueline Mattlet,
le 28-2-1945 au Congo)

Animation et Humanisation

**Problèmes posés par la
transformation de l'Hospice**

Président : Monsieur P. BERTHAUX, Professeur

Edition et Promotion

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ - SALPÊTRIÈRE

Année 1971

N°

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Madame CIPRIANI

(née Jacqueline Mattlet,
le 28-2-1945 au Congo)



Animation et Humanisation

**Problèmes posés par la
transformation de l'Hospice**

Président : Monsieur P. BERTHAUX, Professeur

Edition et Promotion

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Année 1911

THÈSE

POUR LE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée par

Monsieur



Animation et humanisation

Principes de la physiologie
transformation de l'énergie

Présentée à la Faculté de Médecine et de Chirurgie

INTRODUCTION

Prétendre traiter des possibilités d'animation en hospice pourrait être considéré comme une entreprise un peu folle ou un peu vaine.

Un peu folle parce qu'il y a presque antinomie entre les termes "animation" et "hospice". L'animation, qu'est ce que c'est ? C'est un terme à la mode, tout d'abord, dont la signification exacte n'est pas très bien connue et qu'il est d'ailleurs, nous le verrons, assez difficile de définir. Quand même, on perçoit bien, ne serait ce que d'après le sens étymologique, qu'il comporte de la vie, voire de la vivacité - comme on dit : "une rue animée"...Hospice au contraire évoque l'image d'un entassement de personnes âgées qui sont parquées là en attendant la mort. Déjà l'idée que notre société se fait du vieillard en général n'est pas très souriante. Mais alors, le vieillard d'hospice ! C'est vraiment un être diminué, replié sur lui même, dont on a plus rien à attendre !

Un peu vaine parce que chacun sait que l'hospice est condamné. Il reste encore des hospices ? Pas pour longtemps, certainement. C'est en effet ce que l'on dit. Tous les rapports officiels sur la question, toutes les déclarations ministérielles condamnent l'hospice, annoncent sa disparition prochaine. On pourrait s'en réjouir et s'apprêter à voir apparaître les bulldozers. Mais se préoccuper d'apporter de l'animation là dedans, c'est vraiment dépassé !

Hélas, on doit constater que près de la moitié des personnes âgées hébergées en institution en France le sont encore en hospice. Malgré les efforts officiels ou privés pour lutter contre cet état de fait, l'hospice ne pourra pas disparaître dans un proche avenir. Sauf révolution dans les programmes de financement projetés par le VI^e plan, l'hospice a encore de belles années devant lui. Si le petit hospice de province a des chances de se voir progressivement transformé, l'hospice des grandes agglomérations urbaines, avec ses centaines, voire ses milliers de vieillards est beaucoup plus difficile à aménager d'une manière satisfaisante ou à supprimer. Parfois, il sera transformé en hôpital - le terrain en ville est rare et coûte cher - et ses pensionnaires seront envoyés loin de l'agglomération soit dans des bâtiments nouveaux, spécialement construits, soit dans d'anciens sanatoria qui ne servaient plus et retrouvent ainsi une utilité.

Le mot d'hospice disparaîtra; on parlera d'hôpital - hôpital de chroniques, hôpital de désencombrement (!) - les installations matérielles seront de toute évidence bien supérieures à ce qu'elles étaient dans les grandes bâtisses datant de Louis XIV ou de Napoléon III. Mais dans ces nouvelles institutions on retrouvera - on retrouve déjà - toutes les caractéristiques de l'hospice : concentration importante de vieillards, mélange avec des handicapés ou des associés de tout âge, sous-médicalisation importante, insuffisance numérique du personnel, isolement de la vie urbaine. Avec un peu d'honnêteté et de lucidité, on doit convenir que l'hospice n'est pas tellement mort que cela.

Nous pensons donc qu'il y a un double intérêt, une double nécessité de se préoccuper de la possibilité de l'animation en hospice :

- à court terme, pour rendre moins déprimante l'atmosphère des hospices qui existent, pour adoucir les derniers jours des vieillards qui y sont actuellement, pour rendre la tâche du personnel en place plus humaine et plus positive
- à long terme, pour permettre aux établissements qui subsisteront ou à ceux qui seront ouverts avec les traits caractéristiques de l'hospice que nous avons mentionnés, d'être quelque chose de différent, un endroit où, certes, les personnes âgées n'arriveront pas par plaisir ou par goût personnel, mais où elles trouveront un accueil, une ambiance, une joie de vivre peut être, qui devraient être le lot normal de nos aînés.

Quelques mots nous paraissent nécessaires pour présenter l'hospital-hospice d'Ivry à ceux de nos lecteurs qui ne le connaîtraient pas.

C'est une fort vieille maison puisque son histoire remonte à 1633. C'est en effet cette année là que le Cardinal de La Rochefoucauld décida de fonder "l'Hospice des Incurables" pour le soulagement des malades incurables - sauf ceux atteints "d'humeurs froides, de mal caduc et de maux vénériens". Les bâtiments, ouverts en 1640, étaient conçus sur la même formule qu'Ivry : d'un côté les hommes, de l'autre les femmes et, au milieu, la chapelle. Le service était assuré par les Filles de la Charité, qui venaient d'être fondées.

Notons qu'en cette première moitié du XVII^e siècle, on avait pris bien soin d'implanter cet hospice des Incurables hors de la ville - il occupait l'emplacement de l'actuel hopital Laennec, rue de Sèvres, c'est à dire, à l'époque, un faubourg maraîcher.

L'Hospice des Incurables a été transféré à la fin du second empire, en 1869, dans son nouvel emplacement, à Ivry. Les énormes bâtiments que nous voyons aujourd'hui ont été construits de 1864 à 1869 par Labrousse. A gauche, la cour des femmes, à droite la cour des hommes, au milieu, une chapelle de style néo-antique (voir le plan page suivante). Le tout, bien entendu, construit à l'époque en dehors du village d'Ivry, dans une campagne résidentielle.

Un peu comme les asiles psychiatriques de l'époque, l'hospice d'Ivry était conçu comme une ville à part, avec le logement du personnel, et des jardins potagers et floraux destinés à satisfaire les besoins de l'établissement. Actuellement, ce caractère est un peu perdu. La ville a rejoint et dépassé l'hospice depuis longtemps. Malencontreusement ce sont des institutions accueillant des personnes âgées qui ont été construites, à la suite de fondations diverses sur le trottoir d'en face - et cela renforce la sensation d'isolement. Mais de nouveaux bâtiments ont envahi les anciens jardins : deux séries de pavillons réservés aux malades chroniques, des centres de radiologie et de rééducation, une école d'infirmière etc...

HOPITAL HOSPICE D'IVRY

Foyer
d'infirmières

Pavillons Achard

Ateliers

Services

6° division

5° division

COUR DES
HOMMES

4° division

chirurgie

Cuisine

administration

Médecine

1ère division

2° division

COUR DES
FEMMES

unité gériatrique

Hopital
de jour

3° division

rééducation

Pavillons
Loquet

École

Foyer
d'infirmières

Fondation
Chemin
- Delabour

Fondation
Dheur

la
2^e publique
de
avenue

L'hôpital hospice d'Ivry est un ensemble gigantesque, réunissant plus de deux mille cinq cents malades et environ mille employés - sans parler des élèves infirmières. Mentionnons que les deux tiers des pensionnaires sont des femmes. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres hospices, la proportion d'handicapés plus jeunes n'est pas très importante.

Il faudrait pouvoir exposer toutes les transformations intérieures que l'ensemble a déjà subi et toutes celles qui sont envisagées, mais cela nous entraînerait en dehors de notre sujet.

Il faut cependant mentionner que l'"hospice des Incurables" est devenu simplement "hospice d'Ivry" en 1887 et, dans ces dernières années "hôpital-hospice d'Ivry", ce qui n'a d'ailleurs guère modifié les conditions de vie des pensionnaires. Quand ils sont malades, ceux-ci devraient toujours être envoyés à l'ancienne "infirmerie", qui est maintenant divisée en un service "médecine" et un service "chirurgie". Mais le nombre de lits y est insuffisant.

Grâce à l'équipe médicale en place - Professeur Vignalou, Professeur Bertheaux, docteur Beck - et à la direction, de profondes transformations sont envisagées. Plusieurs projets sont en présence, que l'on essaie d'harmoniser.

D'une part, il s'agirait de rattacher Ivry à des "secteurs gérontologiques parisiens"; c'est ainsi que la troisième division et les pavillons de chroniques "Loeper" travaillent déjà en liaison avec l'association de gérontologie du XIII^e arrondissement. Dans cette optique, chaque division recevrait donc des vieillards venant du même quartier de Paris ou du même secteur de banlieue. Un lien serait établi entre cette division et les équipes qui avaient ces vieillards en charge à leur domicile antérieur.

C'est dans cet esprit que viennent de s'ouvrir (janvier 1971) une unité gériatrique aigue de vingt trois lits et un "hôpital de jour" destiné aux personnes âgées du XIII^e arrondissement

D'autre part, la modernisation des locaux existant doit faire perdre plus de la moitié des lits (suivant les projets, on trouverait de quinze à dix neuf lits à la place de chacune des actuelles salles de quarante lits). Ivry serait alors divisé en deux "maisons médicales de retraite". Des problèmes de principe ne sont pas encore réglés : la sécurité sociale admet qu'un semblable établissement ne doit comporter que trois cents lits. Mais un souci de "rentabilité" d'une part, la taille des bâtiments existants d'autre part, font que chacune des institutions envisagées en aurait plus de quatre cents. On peut estimer que ces projets, malgré les difficultés rencontrées, se réaliseront dans les années à venir; mais la lenteur administrative d'un côté, le manque de crédits de l'autre, enfin le fait que les bâtiments sont actuellement tous occupés à plein doivent inciter à une certaine prudence quant à l'évaluation du temps nécessaire.

L'hôpital hospice d'Ivry dépend de l'administration générale de l'Assistance Publique à Paris - ce qui implique une lourde tutelle administrative. Sur le plan médical, il est rattaché au Centre Hospitalier Universitaire de la Pitié - Salpêtrière.

Sur le plan administratif, les pensionnaires d'Ivry sont répartis en plusieurs catégories :

Trois catégories relèvent de la sécurité sociale et font l'objet d'un prix de journée remboursé par celle-ci : les chroniques (330 lits), les services médecine (118 lits) et chirurgie (72 lits).

Les deux autres catégories concernent surtout les vieillards "en division". La part la plus importante dépend de l'aide sociale, mais est elle-même divisée en "valides" (130 lits environ) et "invalides" (1.450 lits : ces subdivisions, qui datent du début de 1970 sont de caractère purement administratif; elles donnent lieu à des prix de journée différents, (1), mais ne tiennent pas compte de l'état réel des malades.)

La dernière catégorie s'appelle "maison de retraite" et se subdivise elle-même en "lits de fondation" (actuellement encore un peu plus de 200 lits; mais c'est une espèce en voie progressive d'extinction, les revenus des capitaux qui ont constitué jadis les dites "fondations" étant devenus dérisoires par rapport au coût réel) et en "malades payants" (un peu plus de deux cents également; aucun n'est en mesure de payer le prix de pension réel; mais on prélève sur leurs ressources un prix de pension fixé par l'administration en fonction du montant de celles-ci).

La complexité de ces catégories administratives rend bien délicate la tâche des services chargés de la gestion de l'hôpital hospice. Une personne grabataire peut se retrouver dans un lit étiqueté "valide"; une personne relevant de la catégorie des "chroniques" peut se trouver dans une salle dépendant de l'aide sociale etc... L'application rigide des règles administratives aboutirait à des résultats parfaitement inhumains. Pour arriver à plus de souplesse, médecins et administrateurs sont obligés de jongler avec les définitions. Et malgré toute leur habileté, malgré l'importance relative de certains prix de journée, le budget d'Ivry reste insuffisant. L'énormité même des bâtiments, le caractère inévitablement administratif (avec tous les contre-sens que cela comporte) de la gestion aboutissent à donner aux vieillards hébergés des conditions de vie parfaitement insuffisantes et démoralisantes; nous aurons l'occasion d'y revenir.

(1) à titre indicatif, voici les prix de journée fixés pour 1971 par l'Assistance Publique :

Valides : 32 F. (28,50 d'hébergement et 3,50 de soins), invalides 57 F. (28,50 d'hébergement et 28,50 de soins ce qui représente d'ailleurs une sensible diminution par rapport au prix de 1970), chroniques : 93,50 (57,63 d'hébergement et 35,87 de soins), hôpital de jour de gériatrie : 135,75 (78,12 de soins, 57,63 d'"autres prestations").

Pour parler d'animation d'un groupe de vieillards, il est indispensable de se référer au remarquable ouvrage de Madame Petit Liévois : "l'animation dans les institutions accueillant les personnes âgées" publié au deuxième trimestre de 1967 par la fédération nationale des organismes de sécurité sociale dans ses "notes et documents".

Décidée à "substituer à l'hospitalisation grégaire et anonyme des personnes âgées une hospitalité individualisée répondant aux besoins des intéressés", la Caisse nationale de sécurité sociale a participé depuis plusieurs années au financement de maisons de retraite et surtout de foyers logements et de résidences. Consciente de la nécessité de changer complètement la conception du mode de vie à l'intérieur de ces établissements, la caisse nationale a demandé une étude sur "l'animation" dans les institutions accueillant le troisième âge. Le livre de Madame Petit - Liévois a donc été écrit pour servir de base aux travaux du conseil d'administration de la caisse nationale sur cette question. Cet ouvrage est à la fois la première "somme" du sujet et une analyse de tous les travaux et de toutes les expériences faits dans ce domaine en France et dans plusieurs pays étrangers.

Nous commencerons notre propre étude par un premier chapitre consacré à exposer les idées du livre de Madame Petit Liévois visant à définir les éléments nécessaires pour faire d'un établissement accueillant les personnes âgées une maison accueillante, où chacun puisse épanouir sa personnalité.

Hélas, Madame Petit Liévois ne parle que d'établissements à échelle humaine : foyers logements ou maisons de retraite. Notre second chapitre cherchera à décrire la situation actuelle à la première division de l'hospice d'Ivry et à montrer le décalage qui existe entre la maison idéale et l'hospice actuel.

Dans un troisième chapitre, nous décrirons les efforts entrepris en groupe pour faire progresser l'idée d'animation et commencer à en rendre possible l'application.

D'autres expériences ont pris place, dans des hospices de province, ces dernières années. Nous en parlerons dans notre quatrième chapitre pour essayer de déterminer quelles leçons on peut en tirer et à quelles limites tout essai de transposition risque de se heurter.

Notre espoir est que notre travail, ajouté à celui de tant d'autres, puisse aider à la transformation profonde et durable de toutes les institutions qui, un peu partout en France, accueillent chacune des centaines ou des milliers de personnes âgées appelées à y finir leurs jours à l'abri des regards de la population environnante, afin qu'elles deviennent d'une part des maisons accueillantes, d'autre part des lieux où les pensionnaires sont effectivement soignés.

CHAPITRE PREMIER : L'ANIMATION DANS LES INSTITUTIONS ACCUEILLANT LES PERSONNES AGEES.

Nous avons pris pour intitulé de ce chapitre le titre même de l'ouvrage de Madame Petit Liévois. En effet, nous nous proposons, pour cerner la notion d'animation, de suivre sa démarche et plus spécialement les chapitres II et III de son étude. Cet ouvrage est, nous l'avons dit, bien que datant d'il y a déjà quatre ans, le plus complet et le plus clair sur le sujet qui nous intéresse. De plus, nous le mentionnerons plus loin, il a été proposé à la réflexion du personnel soignant de la première division d'Ivry par la direction de l'hôpital-hospice, au démarrage de l'effort d'animation dont nous voulons rendre compte. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de parler, au prochain chapitre, des difficultés qu'ont rencontrées les infirmières d'Ivry quand elles ont affronté les idées exposées par Madame Petit Liévois.

Il est peut être important, tout d'abord, de souligner que, si le mot "animation" n'est employé dans son sens actuel que depuis quelques années, le phénomène, lui, existe depuis toujours. Témoin la réflexion de cette infirmière qui s'inquiétait un peu d'avoir été promue "animatrice" et qui se demandait de quoi il pouvait s'agir. Après les explications voulues, elle dit avec soulagement : "mais, toute ma vie, j'ai fait de l'animation sans le savoir".

De la même façon, on peut dire d'une maîtresse de maison qu'elle est animatrice ou qu'elle fait de l'animation quand, à la table où elle reçoit, elle s'ingénie à ce que la conversation ne languisse pas, à ce que chacun soit à son aise, ait l'occasion de se mettre en valeur, etc...

Cependant, il faut préciser que nous ne chercherons pas à définir l'animation d'une manière générale. Madame Petit Liévois étudie l'animation dans le cadre des institutions accueillant les personnes âgées. Nous ferons de même. Cela limite le problème mais justement dans le sens même de notre propre travail.

En commençant le chapitre II de son livre, Madame Petit Liévois explique qu'elle a choisi le terme animation malgré son côté un peu vague de préférence à d'autres, comme "thérapie récréative" utilisé par les belges; et cela parce que l'expression animation suggère un plus grand enrichissement que celles d'occupation ou d'activité et aussi parce qu'elle fait appel à la contribution personnelle du vieillard.

Puis, parce qu'il paraît malaisé de donner une véritable définition de l'animation, qui risquerait d'être restrictive, l'auteur expose qu'elle préfère situer l'animation par rapport à d'autres modalités d'intervention avec lesquelles elle est parfois confondue : l'organisation des loisirs, le travail volontaire et l'ergothérapie. Nous allons la suivre dans cette approche.

- A - Animation et organisation des loisirs.

Il faut noter tout d'abord que le terme d'organisation des loisirs soulève lui même des difficultés.

Lorsque vous parlez de loisirs à une personne très âgée, elle reste souvent muette, parfois interrogative. Un pensionnaire d'hospice qui est né à la fin du siècle dernier a toute chance d'avoir connu une vie de travail dont les générations plus jeunes ont peine à se faire idée. L'usine à dix ou douze ans, les journées de treize ou quatorze heures etc... étaient encore monnaie courante à la "belle époque".

La semaine de quarante heures, les congés payés, ne sont intervenus qu'en 1936. Trois ans après, la guerre imposait à nouveau des horaires surchargés et de grandes difficultés pour les moindres gestes de la vie quotidienne. Ce n'est que plusieurs années après le retour de la paix qu'on a vu se desserrer la contrainte. Mais alors l'heure de la retraite était sur le point de sonner.

Il ne faut donc pas s'étonner de ce que, pour ces vieillards, le terme "loisirs" ne recouvre pas grand chose, en dehors du fait de ne pas travailler.

D'un autre côté, lorsqu'on parle d'organisation des loisirs, il ne faut pas perdre de vue que, du fait de l'individualisme attribué comme trait caractéristique à nos compatriotes, certains auront tendance à penser que "l'utilisation des loisirs relève à priori du goût de chacun et de son initiative propre; l'idée même de leur organisation par autrui peut supprimer la satisfaction attendue". Le ministère des loisirs, créé par le Front Populaire avait suscité plus de railleries que d'intérêt.

Dans les jeunes générations, l'idée a certainement progressé; le jeune Français devient de plus en plus un consommateur de loisirs organisés. Chez les vieillards, on peut s'attendre à rencontrer davantage de réticence.

Enfin, il faut noter que l'imprécision du vocabulaire rend parfois difficile la distinction que nous voulons faire. Les deux mots "animation" et "loisirs" peuvent donner lieu à des utilisations ou à des interprétations différentes et parfois à des rapprochements inattendus.

Il existe une formation d'"animateurs de loisirs" à l'école de l'Union Française des Centres de Vacances, depuis 1964.

Quand on entend une déclaration comme celle du professeur Marin au colloque de l'UNIOPSS de juillet-août 1967 "il faut fixer à l'usage du loisir pour l'homme moderne un rôle thérapeutique capable de le déconditionner de le libérer des contraintes sociales excessives, de lui redonner des possibilités de choix, d'initiative, de relation, de responsabilité, de gratuité..." on peut constater que ce sont les buts même de l'animation.

Au fur et à mesure que se poursuivent les recherches de notre temps sur les loisirs - on parle, avec Marcuse, d'une civilisation des loisirs - l'utilisation de ce terme pour les retraités en général, pour des pensionnaires d'hospice en particulier, risque de s'éloigner de la signification que l'on donnera couramment à ce mot, et par conséquent d'entraîner des confusions supplémentaires dans un domaine où déjà les notions en jeu sont difficiles à cerner.

Ces points étant posés, on peut constater qu'une organisation des loisirs est concevable dans une institution accueillant des personnes âgées, que des tentatives ont été faites dans ce sens dans différents établissements et qu'elles y ont donné des résultats positifs.

Cependant, nous remarquerons avec Madame Petit Liévois que, bien que le temps d'un pensionnaire d'hospice soit essentiellement constitué par des "loisirs" (au sens : absence de travail), l'organisation des loisirs (cette fois dans le sens : distractions) ne peut être qu'un des aspects de l'animation.

Madame Petit Liévois souligne en effet que l'animation, si elle peut comprendre une organisation des loisirs, "est aussi plus que cela, d'une part parce qu'elle la déborde en recherchant le bien être de l'intéressé, d'autre part parce qu'elle s'applique à tous les moments de la vie institutionnelle, et enfin parce qu'elle se propose une amélioration éventuelle du comportement de l'individu âgé".

L'animation vise plus haut et plus large que la simple organisation des loisirs. Alors que celle ci cherche à distraire l'animation a pour but l'épanouissement de la personnalité. L'organisation des loisirs ne se préoccupe que des temps dits libres et laisse de côté des moments comme les repas où au contraire l'animation reconnaît des possibilités non négligeables.

- B - Animation et travail volontaire

Les deux autres modalités d'intervention auxquelles Madame Petit-Liévois compare l'animation ont un point commun : dans les deux cas, il s'agit de travail. Mais en ce qui concerne l'ergothérapie, il s'y ajoute une notion médicale qui n'existe pas dans le travail volontaire dont nous allons parler maintenant.

De quoi s'agit il ? D'une participation aux tâches ménagères de l'hospice ou de la maison de retraite où se trouve le vieillard : ménage, couture, repassage, service à table, épluchage, vaisselle etc...

Dans la plupart des cas, il s'agit effectivement d'un travail volontaire - la participation du vieillard est tout à fait libre. Parfois, il s'agit d'une participation obligée, en raison du manque de personnel ou de la faiblesse du prix de journée.

Il y a en effet un intérêt financier pour l'établissement à utiliser ainsi un travail non rémunéré. Mais, au vieillard, cela permet de ne pas sombrer dans l'inactivité, dans le sentiment d'inutilité si fréquent à cet âge. Peut-on pour autant être tenté d'assimiler ce travail volontaire et l'animation ?

Écoutons le témoignage de Soeur Aline, un des pionniers de la revalorisation des personnes âgées par le travail : "il faut savoir actualiser le passé en l'adaptant aux possibilités de la personne âgée... Ce peut être de l'animation que de remettre l'ancienne repasseuse devant sa planche..."

Quand le vieillard prend conscience d'un rôle pour la collectivité, d'un rôle qu'il a pu choisir, il ressent une valorisation par rapport au personnel qu'il aide, il peut éprouver du plaisir à réussir son travail, il élargit ses relations avec autrui. On ne peut donc nier que le travail volontaire, ainsi compris, s'apparente à l'animation dans la mesure où celle-ci correspond à une attitude à l'égard du sujet considéré globalement.

Il est évident néanmoins que, comme nous l'avons dit pour l'organisation des loisirs, on constate que l'animation peut englober le travail volontaire mais qu'elle le déborde dans le temps et dans l'esprit. On pourrait plutôt dire que c'est la volonté d'animation qui entraînera une modification, un assouplissement des modalités du travail volontaire et lui redonnera sa pleine valeur dans l'ensemble de la vie des pensionnaires.

Avant de quitter le chapitre du travail accompli volontairement par le vieillard, il faut mentionner un autre genre de travail que l'on rencontre fréquemment dans un hospice comme Ivry. Nous voulons parler d'un travail rémunéré confié à des pensionnaires par une entreprise extérieure à l'établissement. Le plus souvent, il s'agit de la préparation d'étiquettes dans l'oeillet desquelles il faut enfiler un cordonnet. Cette tâche est payée au mille et assez modestement. Tous les quinze jours, des personnes venant du centre de distribution de ce travail à domicile apportent les fournitures et la rémunération en échange des étiquettes terminées. Et l'on assiste à la hâte fébrile de ces vieillards qui essaient de finir leur paquet d'étiquettes pour pouvoir être payés. Les contacts avec les intermédiaires du centre sont quasi nuls, car ceux-ci, ayant des "ouvrières" dans tout l'hospice sont toujours pressés.

Nous en parlons ici parce que c'est un phénomène très courant en hospice; mais à notre sens nous sommes loin de toute idée d'animation. D'aucuns parlent d'ailleurs purement et simplement d'exploitation. Il ne nous appartient pas de juger. Nous préférons nous interroger sur les motivations de ces vieillards : l'attrait de la rémunération, l'activité elle-même ou le désir de rester actif ? Peut-être, en utilisant les énergies ainsi dépensées, en rendant moins parcimonieuse aussi l'allocation financière mensuelle aux pensionnaires, pourrait-on orienter les adeptes de ce genre de travail vers des activités plus épanouissantes.

- C - Animation et ergothérapie.

Il nous faut ici être un peu plus précis parce que, lorsque des personnes s'occupant de vieillards (en institution ou non) parlent d'"animation", trois fois sur quatre, sans s'en rendre compte, elles pensent ou parlent, en fait, d'"ergothérapie"., et encore en réduisant celle-ci à la pratique de la vannerie ou autres petits travaux manuels.

Avec les loisirs et leur définition, nous avons rencontré des difficultés de vocabulaire; pour l'ergothérapie, nous ne devrions pas avoir les mêmes déboires. La définition que l'on peut en donner est en effet assez précise. Nous citons celle qu'avance Madame Petit Liévois :

"une activité mentale ou physique, médicalement prescrite, effectuée sous la conduite d'un professionnel, pour aider un malade à se guérir de sa maladie ou de ses handicaps, ou tout au moins à maintenir le niveau de ses capacités restantes".

Assimiler animation et ergothérapie, comme on le fait couramment reviendrait donc soit à considérer l'animation comme une thérapie, soit à considérer que l'ergothérapie n'a pas forcément un caractère médical.

Si le terme d'ergothérapie est d'usage récent, la chose, elle, remonte beaucoup plus loin dans le temps.

On doit se souvenir en effet que, dès la deuxième moitié du XVIII^e siècle, Pinel utilisait le travail comme thérapeutique pour certains de ses malades. Il commença en 1795 à la Salpêtrière. Il faut souligner que l'ergothérapie s'est développée en médecine psychiatrique avant de se répandre en médecine générale.

Après Pinel, cependant, c'est la grande éclipse, le marasme des "asiles" français. Certains malades travaillent toujours mais seulement dans le but de soulager le budget des établissements et sans aucune préoccupation médicale. Pour la plupart des autres malades, c'est l'inaction qui engendre la passivité.

Après la première guerre mondiale, un psychiatre allemand, Hermann Simon critique violemment cette oisiveté et prêche le travail comme thérapeutique. Ce véritable fanatique du travail tombera d'ailleurs dans divers abus. Mais le mouvement est relancé; les américains et les anglais s'intéressent à leur tour au travail dans une perspective de rééducation des malades mentaux; ils créent la "thérapie occupationnelle".

Mais à la même époque, l'ergothérapie intervient pour la rééducation des blessés de guerre. Là aussi, anglais et américains furent les premiers à former des spécialistes pour cette rééducation par le travail.

C'est donc à partir des années 20 que l'on s'aperçoit qu'il s'agit

de tout un domaine de la thérapeutique médicale qui s'adresse non seulement aux malades mentaux mais aussi aux handicapés physiques, à des malades chroniques, à des infirmes paralysés...

En France, depuis la deuxième guerre mondiale, la sociothérapie et l'ergothérapie sont devenues des éléments importants de la grande révolution psychiatrique qui est en cours. Et concomitamment l'ergothérapie s'est répandue pour lutter contre les handicaps physiques de malades de tout âge.

Cependant, deux courants de pensée existent à son sujet. Pour les uns, l'ergothérapie représente pour le malade un véritable traitement, comme la rééducation motrice des paralysés ou comme la gymnastique respiratoire pour certains malades du poumon. C'est donc une technique que seul le médecin peut et doit prescrire, comme il prescrit des massages ou des séances de rayons. Chaque cas est à examiner individuellement et la prescription doit indiquer le genre et, si l'on peut dire, la "dose" de travail d'une manière précise et adaptée à la personne du malade.

Dans cette optique, l'ergothérapie est aussi une profession paramédicale, doit être préparée par des études spécialisées qui donneront au futur moniteur de travaux une véritable technique, avec des moyens précis et variés, susceptibles d'être adaptés à chaque cas. Prenons un exemple concret : dans les services du centre de rééducation pour personnes âgées de Bainville sur Madon, où se pratiquent surtout des activités de kinésithérapie, ont été introduits des éléments d'ergothérapie, entre autres des métiers à tisser : les mouvements que les patients ont à faire contribuent à leur rééducation.

Il semble que ce soit dans ce sens qu'ait été rédigé le décret de novembre 1970 qui institue le diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Mais pour les autres, la signification d'ergothérapie est beaucoup plus large. Le travail, pour eux, n'est pas une véritable technique. Il est, par lui même, bienfaisant et thérapeutique à l'occasion - parce qu'il est une activité indispensable à l'homme, un de ses besoins fondamentaux, au point que l'homme dégénère quand il en est privé. Le travail, activité créatrice de quelque chose d'utile ou d'agréable pour soi même ou pour les autres, a, entre autres effets, celui de transformer celui qui s'y adonne. Dans le travail, l'homme a besoin des autres; c'est à l'occasion du travail qu'il entre en rapport le plus naturellement avec les autres hommes. Vivre en société, c'est collaborer, c'est à dire travailler ensemble. Dans le travail, l'homme fait l'expérience de la vie sociale; par le travail, le malade pourra aspirer à une réinsertion sociale.

Malgré leurs divergences, ces deux courants de pensée ne sont pas inconciliables; on peut même les considérer comme quelque peu complémentaires.

Pour nous en particulier qui cherchons à comparer ergothérapie et animation, cela doit nous permettre de mieux éclairer la distinction que l'on peut faire.

Nous pouvons à nouveau suivre Madame Petit Liévois : "L'animation est moins que l'ergothérapie car elle ne vise pas directement et médicalement à une réadaptation fonctionnelle - bien qu'elle poursuive l'un de ses buts : la satisfaction des besoins psycho-sociaux de l'individu, et qu'elle assume une fonction de prévention de la sénescence.

"Mais elle est plus que l'ergothérapie en ce sens qu'elle s'adresse à toutes les personnes âgées, qu'elles soient atteintes ou non des handicaps qui déclenchent l'intervention du médecin.

"Davantage que l'ergothérapie, qu'elle précède ou suit, l'animation l'est aussi dans le sens où elle sollicite, non plus dans un local et par des techniques définies, mais constamment, par tous moyens attractifs, toutes les fonctions d'ordre physique et psychique des intéressés qu'elle maintient dans le meilleur équilibre possible.

"Toutefois, si la "réhabilitation" que poursuit l'ergothérapie a pu être définie par Ruth Hubbard comme "une philosophie et un ensemble de pratiques et de techniques pour aider le malade à faire autant qu'il peut, aussi bien qu'il peut et aussi longtemps qu'il peut", nous serions très enclins à appliquer cette définition à l'animation. Car cette conception souligne que l'individu est alors considéré non seulement du point de vue physique, mais aussi des points de vue émotionnel, social, économique, comme de celui de ses aspirations".

Nous examinerons un peu plus loin si l'on peut dire que l'animation est une thérapie. Mais dès à présent, et grâce à ces lignes très claires, nous voyons sa situation par rapport à l'ergothérapie.

Et Madame Petit Liévois conclut ses trois comparaisons en disant : "L'animation nous paraît chevaucher l'ergothérapie dont elle s'inspire, l'organisation des loisirs qu'elle déborde et le travail volontaire qu'elle assouplit. Elle possède en commun avec ces trois formes d'activités voisines, la poursuite du mieux être physique et psychique des personnes âgées."

- D - Rôle de l'animation pour les personnes âgées.

Avant de poursuivre notre étude du livre de Madame Petit Liévois pour examiner avec elle quelles sont les modalités de l'animation dans les différentes institutions accueillant les personnes âgées, nous voudrions nous arrêter un instant pour nous poser la question : pourquoi de l'animation ? Que peut on rechercher en se préoccupant d'animation auprès d'un groupe de personnes âgées ?

En 1960/1961, le rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dit plus communément "rapport Laroque" et proposant une "Politique de la Vieillesse" ne prononce pas le mot d'animation... C'est pourtant à partir de ces travaux qu'a commencé en France l'essor de la gérontologie sociale - dont les théories sur l'animation font partie.

C'est que le rapport Laroque a permis une transformation des esprits qui a conduit beaucoup de personnes à tourner un regard neuf vers le vieillard.

Dans les années 1950, la théorie du désengagement social d'E. Cummings se proposait de fournir une explication des phénomènes de la sénilité, du désintérêt de la vie sociale, du repliement sur soi - décrits comme étant caractéristiques de toute personne vieillissante. Il faut bien reconnaître que la société d'un côté, les personnes âgées, très souvent, de l'autre, admettent - encore aujourd'hui - très facilement comme normal, comme inévitable, cet éloignement progressif entre l'individu et le monde qui l'entoure. D'où une double passivité : celle du vieillard lui même et celle de son entourage vis à vis de lui.

Depuis le rapport Laroque, cependant, de grandes voix prophétiques se sont élevées pour affirmer que la vieillesse pouvait être, autant que n'importe quelle autre étape de la vie, un temps d'épanouissement de la personnalité; et ceci jusqu'à la mort, réalité inéluctable pour tous, mais que les progrès de la médecine peuvent repousser à un plus grand âge.

Ces pionniers dénoncent les adeptes d'une sorte de politique de l'autruche qui consiste pour nos contemporains à laisser arriver la vieillesse en se refusant toujours à y penser. Si bien que, quand ils arrivent, on a du mal à regarder en face les événements - la retraite en particulier - dont on espérait toujours inconsciemment qu'ils ne se produiraient pas.

Il nous faut citer plusieurs de ces auteurs :

Michel Philibert, vice président de l'Office Grenoblois des Personnes Agées : "le fondement d'une nouvelle politique de la vieillesse réside avant tout dans la restauration d'une doctrine de la croissance continue de l'être humain et dans la restauration conjointe d'une pratique généralisée de l'éducation permanente".

Claude Balier, secrétaire général de l'association de gérontologie du XIII^e arrondissement : "des possibilités peuvent demeurer latentes dans une situation inadéquate à leur manifestation explicite...

"La personne âgée lutte, tout comme l'adulte, pour conserver son équilibre. Son affectivité reste entière, plus vive même, réagissant particulièrement fort au rejet de la société actuelle. La perte du travail, valeur souveraine de cette civilisation, la diminution des ressources aussi bien physiques que matérielles entraînent ce sentiment d'insécurité et de dépendance si meurtrissant pour le vieillard qui réagit par une réduction de son champ d'activité de façon à masquer le traumatisme...

"Ce qui peut apparaître comme une diminution est souvent le résultat d'une activité psychologique différente de celle de l'adulte, mais dont il faut avoir conscience."

Devant cette nouvelle conception de la vieillesse et du vieillissement, on comprend ce que peut apporter la notion d'animation. Il s'agira de permettre à la personne âgée de continuer à épanouir sa personnalité ou, dans certains cas, de l'aider à développer des possibilités qui sont restées chez elle à l'état latent ou qui semblent avoir été étouffées depuis longtemps.

Mais on voit tout de suite la délicatesse avec laquelle il faudra intervenir. Et c'est ici qu'intervient la question déjà mentionnée un peu plus haut : l'animation est-elle une thérapie ?

Il nous faut à nouveau citer le docteur Balier :
"à l'heure où l'on parle beaucoup d'animation dans les institutions pour personnes âgées, et puisque l'animation est censée favoriser l'épanouissement des diverses facultés, il faut bien savoir à quels mécanismes psychologiques on touche alors."

"Entre l'animation et la thérapie, il n'y a pas de différence de nature mais une différence de degré."

Nous paraphraserons volontiers cette dernière affirmation en disant que la différence entre animation et thérapie se situe surtout au niveau du but que poursuit l'institution où l'animation est ou doit être pratiquée.

Par exemple, en ouvrant un club, si les organisateurs se proposent de lutter contre l'ennui et la passivité des vieillards qu'ils vont y accueillir, on pourrait parler de "thérapie préventive" du vieillissement psychologique. La question se présentera de manière un peu différente dans une maison de retraite où il ne pourra plus tellement s'agir de prévention du vieillissement mais de la recherche d'une ambiance propre à l'épanouissement des pensionnaires.

Mais on comprendra tout de suite que l'aspect de l'animation, ses modalités, son interprétation - et sa plus ou moins grande parenté avec une thérapie - varieront suivant les desseins des organisateurs, voire même avec leur personnalité.

Un club ouvert par l'association de gérontologie du XIII^e arrondissement - dont les dirigeants sont de formation psychiatrique - verra son animation orientée d'une manière plus thérapeutique qu'un club ouvert par une oeuvre paroissiale par exemple, sans que l'on puisse pour autant avancer que la qualité de l'animation du second sera automatiquement inférieure à celle du premier.

Nous devons remarquer ici que, dans son ouvrage, Madame Petit Liévois présente plusieurs institutions accueillant les personnes âgées - institutions d'hébergement : maisons de retraite, foyers

logements et résidences, ou centres externes : clubs, centres de jour, foyers restaurants, amicales - mais, pour l'animation que l'on peut y apporter, elle pose a priori le principe qu'elles ont toutes pour but de permettre l'épanouissement de l'individu âgé.

C'est ce qui explique le décalage entre ce que pourraient être beaucoup de ces établissements, avec une animation appropriée telle que la décrit Madame Petit Liévois, et ce qu'on y rencontre trop souvent : ennui, ambiance déplorable, mesquinerie etc... Dirigeants et personnels, même dotés de la meilleure volonté du monde, ne sont la plupart du temps pas préparés à assumer un rôle de véritable animation et demeurent prisonniers de vieilles images ou de vieilles structures qui réduisent à des résultats dérisoires leurs plus louables efforts.

C'est en fait par une transformation véritable de l'institution qu'il faudrait souvent commencer avant de songer à y parler d'animation. Et également par une formation du personnel suffisante pour lui faire quitter ses anciens préjugés et ses anciennes habitudes...

Le docteur Balier dit très bien : "la connaissance des processus en cause permet de savoir jusqu'où peut aller l'animation, compte tenu de l'équipement, de la formation et de la qualité du personnel ainsi que des facteurs locaux et de la politique générale..."

Ceci nous laisse préjuger des difficultés que nous rencontrerons lorsque nous aborderons le problème de l'animation dans une institution que Madame Petit Liévois n'a pas traité, sans doute parce qu'elle a pensé qu'elle appartenait au passé : l'hospice, dernière solution aujourd'hui pour le vieillard isolé, handicapé et démuné....

- E - Différentes modalités de l'animation.

Avant de quitter Madame Petit Liévois, nous voulons nous servir encore de son ouvrage pour survoler rapidement les modalités que peut ou doit revêtir l'animation dans une des institutions qu'elle décrit.

Sur le plan matériel, l'animation se traduira par un souci de décoration (tableaux, fleurs, plantes etc...) et par un essai d'adaptation au cas de chaque pensionnaire, de façon à reconstituer pour chacun une atmosphère la plus proche possible de la maison familiale, du domicile personnalisé.

Puis, envers chaque vieillard qui arrive, l'effort d'animation doit ou devrait commencer avant même son entrée dans l'établissement : prendre contact avec lui, lui parler de la maison où il va aller, discuter avec lui des meubles ou des objets personnels qu'il pourra apporter; et aussi, dans toute la mesure du possible, lui faire faire une visite préliminaire de façon à ce qu'il se décide en toute connaissance de cause.

Ces préliminaires étant définis, le vieillard une fois introduit dans son nouveau hâvre, Madame Petit Liévois insiste longuement sur le rôle du personnel dans l'animation.

"L'animation, dit elle, c'est d'abord une attitude de considération de la personne âgée.... Animer, c'est dispenser l'amitié et l'aide morale... Animer, c'est être préoccupé du bien être de chacun..."

Cela commencera par l'accueil du nouvel arrivant, auquel on présentera les autres pensionnaires et les membres du personnel, à qui on expliquera les usages de la maison, dont on écouterà les desiderata.

Pour recréer une ambiance aussi familiale que possible, on ne manquera pas de souhaiter les anniversaires - ceux des pensionnaires mais aussi ceux du personnel - on favorisera les conversations et les promenades.

On veillera à ce que les liens soient maintenus le mieux possible, le plus facilement possible (horaires des visites et des sorties, possibilité d'inviter des hôtes extérieurs pour un repas...) avec la famille, avec les amis, avec les relations culturelles ou professionnelles.

On favorisera la fréquentation des organismes locaux (bibliothèques, église, maison de la culture, etc... et en sens inverse, on s'efforcera d'ouvrir aux gens du quartier les différents services de la maison qui pourront les intéresser.

Question discipline ? Qui ne connaît les "règlements" infantilissants de trop de maisons de retraite ? Ils sont à proscrire : "S'adresser aux personnes âgées comme à des adultes responsables est plus efficace que de les traiter en mineurs soumis à des interdits trop exigeants." La discipline nécessaire s'établira donc plus par la confiance que par la répression.

On s'attachera à observer - pour essayer d'y remédier - les difficultés croissantes de chacun; on s'assurera constamment de ce que les appareils auditifs, les lunettes, les prothèses dentaires, sont en bon état et bien adaptés. On facilitera les soins de pédicurie et d'esthétique.

Dans plusieurs pays étrangers, on se préoccupe aussi de trouver des "gadgets" propres à faciliter les gestes de la vie quotidienne pour les personnes souffrant de quelque handicap. Il importe en effet, cela fait partie de l'animation, de chercher à ce que chaque pensionnaire puisse être aussi indépendant que possible d'autrui pour sa vie de tous les jours.

Dans le sens aussi de l'indépendance, et pour laisser à chacun le maximum d'initiative, on évitera de standardiser les fournitures d'objets courants : linge, affaires de toilette, papeterie etc... Madame Petit Liévois cite des établissements qui ont installé des boutiques dans leur enceinte. Cela n'est d'ailleurs pas nécessaire si la maison est bien implantée dans la ville. Un bar sans alcool a rendu service dans certains cas.

Avant de passer à l'énumération des activités que l'on peut proposer aux pensionnaires, Madame Petit Liévois indique qu'il faut créer un climat tel que l'on puisse obtenir une adhésion profonde de chacun pour une coopération à ces activités. "C'est, sensibilisé aux données psychologiques des intéressés, amener chacun d'entre eux à admettre qu'une occupation peut être source de satisfaction et d'épanouissement personnels, à l'inverse d'un travail imposé..."

"La recherche des motivations personnelles n'est pas la moindre difficulté. Le moniteur doit lui même faire acte de foi dans la nécessité de l'activité et dans les possibilités des intéressés pour s'employer à faire découvrir aux personnes âgées leurs propres motivations.

"... En leur faisant prendre conscience de leurs possibilités restantes, en leur confiant des responsabilités, même minimes, cette coopération leur permet de dépasser la simple résignation passive pour prendre une attitude positive à l'égard de leur état de vieillard."

L'éventail des activités proposées doit être assez large pour laisser à chaque pensionnaire le libre choix.

Plusieurs classifications de ces activités sont possibles : distractions actives et passives, individuelles ou collectives, intérieures ou extérieures. Madame Petit Liévois adopte une distinction entre occupations culturelles et occupations manuelles.

Les activités récréatives et culturelles sont les plus répandues :

- les jeux de société - cartes, petits chevaux, loto, dominos, dames, échecs, billard ... - sont les plus répandus. Il existe des jeux éducatifs, développant l'attention. On peut organiser des jeux de groupe, genre quitte ou double. Certains jeux d'intérieur (ballon) s'apparentent à la gymnastique. Les jeux d'extérieur (boules, quilles, golf miniature...) sont très recommandés. Enfin la danse a beaucoup plus de succès que l'on ne serait tenté de le croire.
- la lecture est assez généralisée : lecture de quotidiens, importante pour maintenir le contact avec l'actualité du monde extérieur; d'hebdomadaires ou de revues de niveau divers pour répondre aux goûts et aux habitudes de chacun; enfin les livres. En dehors des ressources des bibliothèques de prêt voisines, beaucoup de maisons cherchent à constituer une bibliothèque propre. On peut, pour cela, préférer - mais sans tomber dans l'exagération - les livres imprimés en gros caractères, les romans un peu sentimentaux et pas trop morbides... Penser, pour ceux qui ne peuvent pas lire aux disques ou bandes magnétiques de lecture.
- radio et télévision. Pour la radio, il s'agit plutôt de postes individuels, généralement des transistors; le problème est alors de permettre à chacun d'écouter le programme de son choix sans incommoder ses voisins. Pour la télévision, la génération actuelle des pensionnaires de maison de retraite n'est pas encore

très habituée à la regarder. Plus on avancera dans le temps, plus on aura affaire à des téléspectateurs chevronnés, avec la quasi-servitude que cela peut comporter. Il est souhaitable d'avoir des locaux différents pour les différentes "chaînes". L'horaire de telle ou telle émission spécialement suivie pourra influencer sur les prévisions de l'emploi du temps de la maison. Pour certaines émissions, une préparation et une discussion pourront être des éléments d'animation.

- le cinéma : il ne s'agit pas des possibilités offertes par les salles voisines mais des séances organisées dans l'établissement... On a remarqué qu'il valait mieux choisir des films où "le visuel l'emporte sur le dialogue". Ici aussi, les discussions avant et après le film peuvent être des occasions positives d'animation. Les projections de vues fixes doivent être présentées par des conférenciers qui sauront s'adapter à leur public, sinon elles risquent d'être ressenties comme fastidieuses.
- musique et chant : l'initiation à la musique, la création de cercles de musique donnent souvent de bons résultats. Le chant choral est une occasion de travail en commun - sans parler de son effet bénéfique sur les cordes vocales.
- spectacles et représentations : pour les spectacles donnés à l'extérieur ou pour ceux présentés dans la maison par des professionnels, les problèmes sont les mêmes que pour le cinéma; on note souvent une préférence pour l'opérette et le music hall. Mais il existe aussi des expériences de spectacles préparés par les pensionnaires eux mêmes; cela n'est pas toujours facile; il ne faut pas être trop ambitieux, du moins au départ, dans ce domaine; mais si un mouvement est lancé, on imagine sans peine l'intérêt que peuvent y trouver non seulement les "acteurs" mais aussi les autres pensionnaires.
- conférences : Madame Petit Liévois mentionne sous cette rubrique des efforts éducatifs qui ont été poursuivis dans certains pays étrangers sur des problèmes concernant le troisième âge : diététique, hygiène, circulation des piétons; mais aussi de véritables cours soit de chant, soit de travaux manuels, soit des matières les plus diverses.
- sorties, excursions, vacances : la plus grande liberté doit bien entendu être laissée à chacun pour toutes les initiatives individuelles dans ces domaines. En dehors de cela on peut encourager les groupes spontanés (voir le succès du tourisme pédestre à Grenoble). On peut se préoccuper d'organiser des sorties collectives qui seront préparées et commentées par tous les pensionnaires. On doit favoriser tous les départs en vacances : que celles ci soient prises "en saison", avec la famille par exemple, ou "hors saison" en bénéficiant des tarifs avantageux que l'on propose un peu partout aux personnes âgées, les vacances constituent pour le pensionnaire de maison de retraite un temps fort qui vient rompre l'inévitable monotonie de l'existence, une occasion de changer d'air, d'entourage, d'habitudes etc... bref, elles sont une arme de choix contre le vieillissement psychologique.

- autres activités non manuelles : participation à la vie de groupements sociaux ou politiques extérieurs, à des cours éducatifs pour adultes, visite de malades dans les hôpitaux etc... tout cela doit être encouragé lorsque les occasions se présentent.

Madame Petit Liévois termine cette énumération des activités récréatives et culturelles en rappelant que, dans l'état actuel des choses, l'intervention d'adultes préparés à cette tâche est nécessaire pour aider les personnes âgées à choisir telle ou telle forme d'activité puis à s'y adonner régulièrement. Les vieillards d'aujourd'hui ne sont pas assez habitués à profiter de leurs loisirs; trop d'établissements ont des moyens insuffisants; et l'on rencontre trop souvent un certain pessimisme (dans le personnel et parmi les vieillards eux mêmes) quant aux possibilités des intéressés.

Pour les activités manuelles, Madame Petit Liévois résume tout d'abord l'avis général des spécialistes de la question en écartant la participation aux tâches ménagères de l'établissement : elle ne peut être envisagée que d'une façon tout à fait limitée et, bien entendu, à titre volontaire. Par contre elle regrette que des possibilités de faire un peu de cuisine ne soient jamais données aux pensionnaires, même s'il s'agit d'anciens cordons bleus.

Mais les activités qui sont traitées dans cette rubrique sont essentiellement de petits travaux faisant appel au sens artistique des intéressés et exigeant souvent des techniques particulières. Nous reprenons la liste de Madame Petit Liévois qui ne prétend d'ailleurs pas être exhaustive :

- travaux de couture, tricot, broderie, tapisserie,
 - confection de poupées, d'animaux de feutre, fleurs artificielles
 - décoration sur papier ou sur tissu,
 - perlage, montage de lampes ou d'abat-jour;
 - travaux du bois, travaux du fer et du fil de fer;
 - travaux mixtes : tissage - vannerie - reliure - poterie - sérigraphie - verre filé - cuir - travail sur matière plastique - émaux - raphia - céramique - modelage - sculpture - peinture etc...
 - activités extérieures : Madame Petit Liévois cite le jardinage et l'observation des oiseaux.
- Beaucoup de ces travaux font appel à des techniques pratiquées par les ergothérapeutes; mais ici ils sont envisagés sous un angle surtout récréatif. Ils peuvent cependant avoir un effet préventif et contribuer à retarder les processus d'involution.

En terminant son chapitre sur l'éventail des activités à proposer aux pensionnaires, Madame Petit Liévois mentionne quelques problèmes qui se posent souvent à leur propos, en particulier :

- la rétribution des travaux : contraire au caractère de loisir de l'activité, elle peut être valorisante pour l'individu et constituer un stimulant. Mais la vente des objets fabriqués n'est pas toujours facile.

- le lieu d'exécution : contrairement à ceux qui préconisent le travail en chambre, Madame Petit Liévois penche pour le travail en atelier, beaucoup plus propre à favoriser la socialisation.

- responsabilités à confier aux personnes âgées : s'il est exclu de confier à des vieillards la responsabilité de l'animation dans son ensemble, il est recommandé de leur donner des responsabilités précises soit au niveau de l'exécution, soit pour l'ensemble d'une activité, soit pour la gestion financière. Mais il faut consulter la personne âgée pour obtenir son adhésion et éviter toute tâche disproportionnée aux possibilités de l'intéressé de même que les improvisations bien intentionnées mais irréfléchies.

En conclusion : "... dans ce domaine pas plus que dans d'autres, rien ne s'improvise; toute initiative doit s'appuyer sur une connaissance parfaite des personnes et des moyens, connaissance qui implique une formation spécialisée."

Prenons garde cependant au fait que "une formation spécialisée" ne doit pas être comprise comme une qualification acquise à coups de diplômes. Toutes les expériences récentes le démontrent : l'animation n'est pas une technique ni un ensemble de techniques. Elle est la coordination d'un ensemble de comportements et d'activités. Plus que d'animateur, on peut parler de coordinateur de l'animation et souhaiter pour lui une solide formation humaine et psychologique.

Dans l'ouvrage que nous avons tenté d'analyser au chapitre précédent, Madame Petit Liévois évoque l'animation dans différentes institutions accueillant les personnes âgées : maisons de retraite, foyers logements, résidences, clubs etc... Mais elle reste muette sur la possibilité d'animation en hospice.

Nous avons pourtant souligné dans notre introduction que le phénomène "hospice" était encore très répandu en France et, qui plus est, loin d'être résorbé.

Nous pensons donc qu'il est très important, si l'animation peut apporter davantage de bien être et de possibilités d'épanouissement aux personnes âgées, d'examiner le problème de l'animation en hospice.

Pour cela, il faut d'abord regarder comment fonctionne l'hospice, ce qui s'y passe tous les jours, les relations qui existent entre les pensionnaires et le personnel, les caractéristiques de la vie dans cette institution.

Nous avons très rapidement esquissé dans notre introduction une présentation de l'hôpital-hospice d'Ivry. Il nous faut maintenant préciser que nos recherches ont été menées surtout dans le cadre de la première division.

On trouvera à la page suivante un plan des bâtiments qui, sur trois niveaux, renferment cette division : huit salles de chacune quarante lits sauf une dont une partie a été "boxée" et une autre partie affectée aux activités d'ergothérapie pour cet étage. Les lits ainsi "perdus" ont été récupérés dans une petite salle du deuxième étage si bien que le nombre total de lits est de trois cent vingt.

Tous les pensionnaires sont des femmes; l'âge moyen tourne autour de quatre vingt cinq ans. Il n'y a qu'une ou deux handicapées plus jeunes. L'état physique de la plupart des pensionnaires est mauvais; la proportion de grabataires et d'impotentes est très élevée. (1)

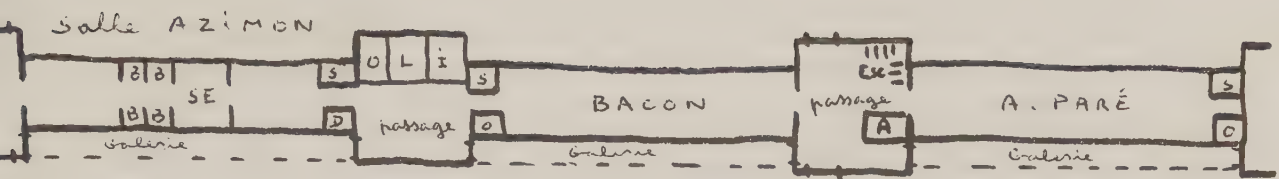
Cette division est parfois dite (ce n'est pas actuellement une classification administrative) de "long séjour" ou encore de "séjour terminal". Dans les projets de transformation à long terme, la deuxième division deviendrait une partie d'une des "maisons médicales de retraite" projetées, ce qui impliquerait un réaménagement complet des locaux (actuellement fort semblables à ce qu'ils étaient il y a un siècle) ainsi que l'aménagement d'une meilleure sécurité du côté "soins".

(1) d'après une étude faite en 1966, sur les 320 pensionnaires de la première division, 184 doivent faire l'objet de change, 198 doivent être aidés pour la toilette, 98 ne peuvent manger seuls, 97 ont besoin d'une surveillance constante. Ces proportions ont plutôt augmenté depuis lors.

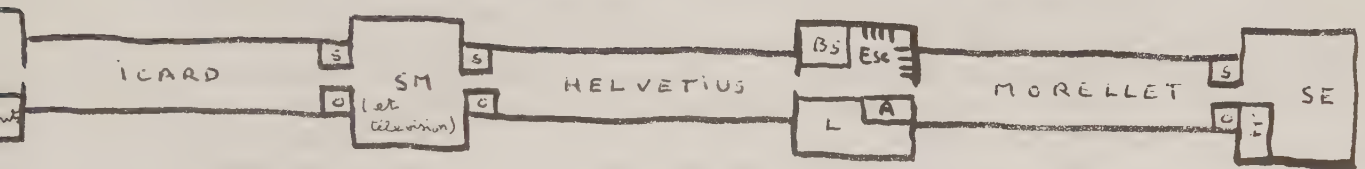
Hopital . Hospice d'IVRY

- Première Division -

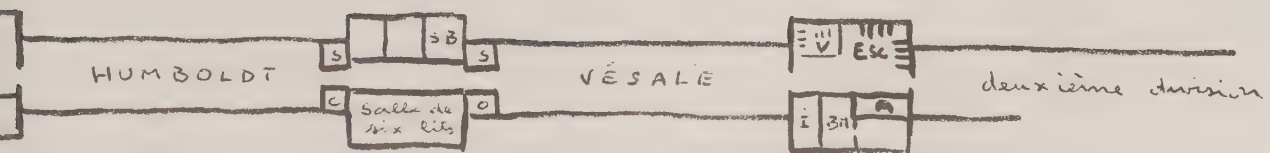
de chaussée :



ier étage



ème étage



A : ascenseur
B : Boxes
BM : bureau du médecin
BS : bureau de la
surveillante générale
I : locus des infirmières
O : office

S : Sanitaire
D : Douche
SB : Salle de bain
SE : Salle ou salle
d'ergothérapie
SM : Salle à manger
V : escalier d'accès
au vestiaire

Tous les lits de la division sont classés administrativement comme lits d'hospice, relevant pour la plupart de l'Aide Sociale. Il y a quand même une salle entière de lits classés "maison de retraite" dont les pensionnaires sont des "malades payants" : rien ne différencie d'ailleurs cette salle des autres. Les salles du premier étage étaient, il y a quelques années, des salles de "chroniques". Elles sont passées maintenant sous le régime de l'aide sociale. Notons que, dans un lit d'hospice d'une de ces salles, une malade peut quand même appartenir à la catégorie des "chroniques" : on la laisse là pour éviter son transfert dans un autre service.

La vétusté des locaux entraîne un certain nombre de conséquences fâcheuses : il existe un seul monte-charge, assez spacieux, mais théoriquement réservé au service; fort peu de pensionnaires s'en servent. Pas d'ascenseur pour les vieillards, ce qui veut dire qu'une personne un peu invalide du premier ou du deuxième étage devra vite renoncer à sortir, ne serait ce que pour aller au jardin aménagé dans la "Cour des Hommes" voisine.

Les sanitaires sont en nombre insuffisant. Souvent un ou deux lavabos pour quarante lits. Jusqu'à tout récemment, ni baignoire, ni douche : on vient d'installer une douche au rez de chaussée et une salle de bains au deuxième étage. Pour chaque salle, trois W.C. dont les portes ne ferment pas.

Les locaux de détente ou de réunion manquent gravement. Au premier et au deuxième étages, on a installé de petites salles d'ergothérapie. Au rez de chaussée, le "salon" d'ergothérapie a été placé, nous l'avons vu, au milieu d'une des salles dont on a simplement retiré quelques lits. Pas de salle à manger, sauf au premier étage. Pas de tables dans les salles, sauf dans deux. Ceci veut dire que tout se passe dans la salle commune et que les repas sont pris par chacun auprès de son lit. Pas de télévision, sauf un poste pour toute la division, à la salle à manger du premier étage.

Les salles n'ont, nous l'avons dit, pratiquement pas changé depuis un siècle. Elles sont énormes : quarante mètres de long sur huit mètres de large, avec quatre mètres de hauteur sous plafond. L'espace réservé à chaque vieillard comprend le lit et le couloir entre deux lits : quatre mètres carrés en tout, avec un siège, une table de nuit et un coffre. Entre les deux rangées de lits, un couloir de quatre mètres de large, sans rien. Ivry est mieux loti que d'autres hospices où ce couloir central est occupé par d'autres lits...

De son côté, le personnel ne dispose pas de beaucoup plus de place. Au bout de chaque salle, un office assez réduit. Un bureau pour la surveillante au premier étage, une pièce vitrée pour les infirmières à chaque étage. Aucune salle de détente ou de réunion.

Ce personnel est, comme hélas dans tous les hospices, en nombre insuffisant. Rappelons que le service se décompose en trois temps : le service de "jour", le matin et au début de l'après midi, le service de "garde", l'après midi et le soir, le service de "veille", durant la nuit. Pour l'ensemble de la division (trois cent vingt malades) il est prévu :

- trois surveillantes, dont une surveillante générale.
- huit infirmières de "jour". Les services de garde et de veille sont communs avec la deuxième et la troisième division, c'est à dire à vingt quatre salles; ils comportent théoriquement huit infirmières pour la garde et six pour la veille, mais ces chiffres ne sont jamais atteints.
- trente et une "aides soignantes", chiffre auquel le règlement prévoit d'ajouter "23 % pour le repos hebdomadaire" et "10 % pour le remplacement du personnel en congé", ce qui est notoirement insuffisant; d'après une étude plus réaliste, il faudrait ajouter 80 % et non pas 33 % pour chaque poste.
- vingt et un "agents hospitaliers" auxquels s'appliquent les mêmes pourcentages d'augmentation.

Cette répartition est celle prévue par les règlements. Dans la réalité, si le nombre total est à peu près respecté, les choses se passent un peu différemment. On n'appelle couramment "soignantes" que les infirmières. Personne ne fait guère de distinction entre aides-soignantes et agents hospitaliers : leurs tâches sont largement semblables. Et sur la cinquantaine de personnes que représentent ces deux catégories, on a prélevé trois ergothérapeutes, une secrétaire, deux lingères, une fille de salle à manger etc... donc des personnes qui se sont vu attribuer un rôle précis et qui du même coup ne participent plus au service général.

Mentionnons qu'aides soignantes et agents hospitaliers sont surtout originaires de la banlieue qui avoisine l'hospice. Un agent peut devenir aide soignant en suivant des cours qui lui sont proposés à l'hospice même et en passant le concours organisé par l'assistance publique.

Les infirmières ont choisi Ivry soit en sortant de l'école soit plus tard, souvent en raison de proximité du domicile. Les surveillantes, elles sont affectées à Ivry par l'assistance publique.

Il faut souligner que ce nombre "réglementaire" de personnes affectées au service d'une division a été calculé à une époque où les vieillards arrivaient à Ivry pour des raisons de manque de ressources. La proportion d'invalides était alors assez faible. Aujourd'hui, la plupart des pensionnaires ont besoin d'aide sous une forme ou sous une autre ; le personnel n'a pas augmenté en nombre. Son insuffisance numérique est dramatique.

Tout ce dont nous allons parler maintenant se déroule dans ce cadre. Nous devons cependant mentionner que, tout au long de notre étude, nous nous sommes tenus en liaison avec le reste de l'hôpital-hospice, en particulier avec la troisième division,

plus favorisée car choisie pour être pilote en vue d'un rattachement au secteur gérontologique du XIII^e arrondissement. Le "boxage" y a été pratiqué systématiquement par deux ou quatre lits. Le sanitaire a été rénové et augmenté etc... Il y a donc là un progrès réel sans que l'on puisse pour autant dire que tous les problèmes aient été résolus. Nous avons également tenus à être en liaison constante avec le service social, la direction et l'équipe médicale pour les tenir au courant au fur et à mesure du résultat de nos recherches et discuter avec eux des points difficiles que nous pouvions rencontrer.

Le livre de Madame Petit Liévois, diffusé par les responsables auprès des surveillantes, a été pour nous la première occasion de voir se soulever des problèmes spécifiques à l'hospice. Nous avons constaté tout de suite que la lecture de ce livre "ne passait pas" auprès du personnel d'Ivry. Celui-ci se refusait à entrer dans la théorie de l'animation proposée par l'auteur. "L'animation à l'hospice, mais vous voulez rire ! Mais vous ne savez pas ce que c'est que l'hospice. Venez vivre à l'hospice et vous ne direz plus des choses pareilles..."

Bien entendu, nous avons demandé pourquoi, et la réponse a été très intéressante dans sa concision : "parce que le vieillard d'hospice est différent".

Dès le départ, nous nous heurtions à un malentendu profond entre deux catégories de personnes :

- d'un côté ceux qui croyaient l'animation possible en hospice; c'étaient essentiellement l'équipe médicale et la direction administrative. Ils avaient le souci bien naturel d'améliorer l'ambiance des divisions et de promouvoir ceux dont ils avaient la charge; ils estimaient l'animation indispensable pour cela. De plus, il s'agissait de personnes qui, dans leurs relations extérieures à l'hospice rencontrent et participent aux courants actuels de la "gérontologie sociale" qui tendent à redonner à chaque vieillard le statut d'une personne à part entière.
- de l'autre côté, ceux qui pensaient l'animation impraticable, impensable même dans le cadre de l'hospice. Il s'agissait essentiellement du personnel soignant, surveillantes et infirmières - en particulier celles qui pensaient que ce n'est pas par hasard qu'un vieillard échoue à l'hospice, que les catégories de vieillards auxquelles appartiennent les pensionnaires sont bien particulières, qu'il s'agit en quelque sorte des "ratés" de l'existence. D'où une différence profonde entre l'hospice et une maison de retraite par exemple. Notons ici que ces personnes n'ont guère l'occasion de se tenir au courant des tendances de la gérontologie sociale. Par contre, elles vivent beaucoup plus en contact avec les vieillards de l'hospice.

Pour atteindre le but que nous recherchons, il fallait parvenir à faire se rencontrer ces deux points de vue si divergents, à transmettre le souci d'animation, à préparer l'opinion de ceux qui n'y croyaient pas encore, à les sensibiliser si bien qu'ils

finissent par accepter de devenir les collaborateurs de ce projet d'animation.

Il nous est apparu très vite qu'il était nécessaire de procéder en deux temps et que notre première démarche devait être, pour faire accepter l'animation par le personnel, de chercher à animer ce groupe lui même. Cette première action, qui nous est apparue indispensable, pourrait d'ailleurs bénéficier indirectement aux vieillards, par ricochet en quelque sorte, en commençant à transformer l'ambiance de la division.

Mais quelle méthode choisir ? Quand on veut faire démarrer une animation, il est très fréquent de débiter par une enquête. Cela a été fait très souvent dans le domaine des personnes âgées soit à l'aide de questionnaires, soit par entretiens non-directifs. Nous avons pu d'ailleurs avoir connaissance des résultats d'enquêtes de ce genre réalisées dans d'autres hospices en particulier Debrousse et Nanterre. Ces documents nous ont été très utiles.

Avant de se lancer dans une enquête, il faut réaliser une "pré-enquête". Nous l'avons faite à Ivry - et nous avons abandonné l'idée de procéder ensuite à une enquête.

En effet, des entretiens avec quelques vieillards pris au hasard dans les différentes salles de la division, il ressortait une extrême pauvreté des besoins, correspondant très souvent à des préoccupations morbides. Les réponses obtenues pouvaient, très schématiquement, se résumer en deux phrases :

- "je veux rentrer chez moi" (pourquoi ? parce que je ne suis pas bien ici; je ne suis pas chez moi; je voudrais être chez moi...)
- "je veux mourir" (pourquoi ? parce que la vie est trop longue, parce qu'elle est trop dure; parce que je m'ennuie; parce que je souffre; parce que je n'attends plus rien...)

En nous demandant pourquoi nous rencontrions une telle absence de désir exprimé, nous avons été amenés à penser que l'expression du désir réel était fonction de la tolérance de l'entourage. Nous devions constater que, dans la structure actuelle d'Ivry, cette tolérance n'existait pas. Il n'y avait pas encore de dialogue. Le vieillard n'était pas considéré comme un interlocuteur valable. Le personnel ne savait pas écouter et comprendre. En procédant à une enquête nous n'aurions pu, en mettant les choses au mieux, obtenir qu'un reflet de la projection des désirs de l'enquêteur perçus par le vieillard.

Persuadés dès lors que le désir d'animation du vieillard ne pourrait être que la réponse à un désir d'animation qui se ferait jour chez le personnel, nous avons renforcé notre conviction que la première tâche était d'aider le groupe du personnel. D'autant plus que les infirmières souffraient de l'état existant des choses, se désespéraient de ne pas pouvoir se faire comprendre des pensionnaires.

Notre propre statut à Ivry nous a servi dans notre démarche. Stagiaire bénévole, nous pouvions disposer de tout notre temps. Cette possibilité de "perdre du temps", tant avec les vieillards qu'avec le personnel nous a permis d'avoir d'abord un rôle d'écoute. Ceci nous a permis d'être vécus par les uns et par les autres comme une sorte d'intermédiaire. Nous avons aussi été à même de jouer un rôle de transmission des informations - entre les vieillards et le personnel, mais aussi entre la direction et le personnel, entre l'équipe médicale et les autres - un rôle parfois de stimulation, parfois de conciliation, de modération...

En d'autres termes, nous avons cherché à assurer une présence disponible à tous, sans autre but que de connaître aussi bien les infirmières que les vieillards tout en nous faisant connaître et admettre par eux. Notre méthode aura été en fin de compte plutôt de ne pas en avoir. Mais au bout de tous ces mois de présence, nous sommes parvenus à une certaine connaissance des vieillards et de leur entourage que nous allons chercher à transcrire maintenant.

Qui sont les vieillards d'hospice ? D'où arrivent ils ? Peut on dire que ce n'est pas par hasard qu'ils sont là ? En règle générale, les pensionnaires de la première division arrivent "parce qu'elles ont été malades". Elles viennent d'un autre hôpital, où on les a gardées le plus longtemps possible, par pitié; dans leur dossier, on ne trouve jamais assez d'indications cliniques mais pratiquement toujours la mention "cas social"...

Beaucoup viennent de la Salpêtrière dont la partie "hospice" a progressivement été fermée ces dernières années. Dans ce groupe, il y a forcément une partie importante de grabataires.

Certaines viennent d'autres divisions parce qu'elles n'étaient plus considérées comme assez valides...la première division a un peu une réputation de "dépotoir"...

A voir superficiellement les salles, on pourrait penser que l'hospice est réservé aux vieillards malades ou même aux grabataires. Il n'en est rien. Car même si, à l'arrivée, tous les pensionnaires portaient l'étiquette "malade", il n'y a pas que des malades; et il est loin de n'y avoir que des grabataires.

Il y aurait une autre manière d'envisager la cause de l'arrivée de ces vieillards, c'est de considérer qu'ils ont été évacués : évacués par les hôpitaux, évacués par leur famille, évacués par la société... évacués parce qu'ils représentaient une gêne ou une angoisse.

Madame L. gémit. On a du lui poser une sonde à demeure. "je ne rentrerai jamais chez moi avec ça". Elle se lamente à nouveau. Tout le monde s'en est lassé à tour de rôle. On l'a, bien sûr, adressée au psychiatre.

"Est ce que j'ai un cancer ?" demande t'elle pour la combiètième fois ? "Elle a toujours été comme cà", nous dit son mari qui, débordé, l'a fait hospitaliser il y a un an pour une simple cystite... "je ne pouvais plus la supporter"...

L'hospitalisation a ainsi souvent eu lieu pour une affection bénigne, ou une fracture, parfois quelque maladie chronique qui a servi de prétexte à l'entourage pour mettre fin à une situation angoissante - "elle ne peut quand même pas rester seule chez elle dans cet état", voire "dans cette crasse" "Elle va laisser le gaz ouvert" "Elle finira par mettre le feu" ont dit les voisins ou le propriétaire. Et la concierge, qui ne l'aime pas, a ajouté "Çà sent mauvais jusque par dessous la porte"...

C'est vrai qu'un vieillard isolé n'est pas toujours coquet. Pour qui ferait il encore des efforts ? Les rhumatismes l'ont rendu maladroit. Parfois, à la suite d'un dernier deuil, il se laisse aller...

Le vieillissement ne supprime certainement pas les différences de goût ou de comportement ; il ne rend pas du tout identiques les besoins des personnes âgées. Mais les infirmités qui l'accompagnent souvent, la baisse des facultés d'adaptation qu'il entraîne font naître un besoin spécifique d'aide et de soins auquel la société est mal préparée à répondre.

Alors, plutôt que de mettre sur pied l'organisation qui permettrait à ce vieillard de rester chez lui, on s'en débarrasse, on l'évacue... et il finit toujours par arriver à l'hospice.

Il y a bien, nous dira t'on, des vieillards qui viennent spontanément à l'hospice. Le cas est rare mais il existe, même à Ivry. Nous verrons plus loin les motivations profondes qui peuvent amener à une telle démarche. On pourrait dire presque que ceux là se sont évacués eux mêmes...

Quel que soit le motif qui a déterminé l'envoi à Ivry, comment se passe l'arrivée ? En général : très mal... Nous parlerons plus longuement de l'accueil dans le chapitre suivant. Bornons nous ici à enregistrer les réactions les plus courantes : "je ne veux pas rester ici" "il n'y a que des vieilles ici" "je veux m'en aller" "où sommes nous ici ?" Sur un papier, on lui écrit sa nouvelle adresse : hopital-hospice d'Ivry... "Hospice ? Je ne comprends pas ce terme..." "Je veux sortir" Quelques unes parviennent à sortir; mais il faut que ce soit presque tout de suite. Après, il est trop tard.

Madame M. répète depuis treize ans "je veux sortir". Vendeuse dès l'âge de douze ans, elle s'est par la suite toujours "placée", même après son mariage. Elle n'a pas eu d'enfants. "je vais refaire des ménages... là bas, sous le clocher de mon village"...

Elle nous a dit hier "je pars ce soir; on va venir me chercher. Ce matin, elle est au lit : "je suis tombée cette nuit" Effectivement, sa figure s'orne d'une magnifique ecchymose à la base du nez. Et pour mieux se justifier et c'est cela qu'il faut comprendre : "le docteur préfère que je reste encore un peu"...

Une des manières de sortir, c'est de mourir, et le taux des décès dans les jours ou les semaines qui suivent l'arrivée est très important. Pour une personne qui prend conscience de ce qu'elle est arrivée à l'hospice, de ce qu'elle n'a pas d'espoir d'en sortir, la seule manière de refuser cette vie de dépendance complète, c'est effectivement de se laisser mourir.

Celles qui restent n'ont pas demandé, n'ont pas choisi de venir ici, c'est vrai. Mais elles s'adaptent, elles acceptent cette nouvelle vie; elles s'y installent. Quand on leur propose de changer de place, par exemple parce que ça ne va pas très bien avec la voisine, (la petite guerre des fenêtres que l'on ouvre pour faire plaisir à l'une mais qui gêne l'autre etc...), elles refusent de changer.

Quand on les écoute alors on se rend compte qu'elles ont peur de la vie - plus que de la mort, cette mort qu'elles disent tant désirer sans l'espérer réellement. Elles ont peur de sortir. Elles ont peur de s'aventurer dans la rue... Elles ont toujours eu peur.

Elles sont seules. Mais elles veulent être seules. Elles se murent dans leur solitude. On ne les présente pas à leurs voisines, mais elles ne feront aucun effort pour nouer des relations avec les autres. Elles ont peur de tout.

Elles s'adaptent mais mal. La crise d'adaptation à l'entrée en hospice est aussi mal franchie qu'à du l'être la crise du passage à la retraite, aussi mal que les étapes précédentes, adolescence, mariage etc...

Pour certaines, la maladie a été un alibi comme il l'a été pour leur entourage, un moyen de retrouver passivement cette sécurité qu'elles n'ont cessé inconsciemment de chercher dans leurs années antérieures.

Car, des enquêtes sont là maintenant pour le prouver, l'hospice n'est pas la seule solution pour les gens seuls, malades et pauvres; le fait d'avoir une maladie somatique n'influe pas forcément sur les rencontres sociales de la personne qui en est atteinte.

La solitude qu'on attribue classiquement comme caractéristique à la personne âgée semble devoir être plutôt vue comme un comportement ancien lié à la personnalité du vieillard considéré et non pas spécifique de la vieillesse. Elles vous le disent bien "je n'ai jamais été très liante" et elles manifestent la plus grande méfiance vis à vis des autres.

Le vieillard d'hospice colle bien à l'image du vieillard telle que le personnel soignant a pu la recevoir à son arrivée : un être caractérisé par un désir d'indépendance ou plutôt de repliement sur soi, par un souci de sécurité, par la résistance au changement et par le complexe d'inutilité. Image trop souvent reflétée par les mass media qui véhiculent encore aujourd'hui un portrait déprimant du retraité : un être maladroit, incapable d'assumer son propre destin et qui doit être pris en charge par le reste de la société.

On peut citer le docteur Balier : "n'est ce qu'une image, solidement établie il est vrai, qui répond au doute, au manque de confiance en soi, au sentiment d'infériorité, à l'angoisse que tout homme porte en soi et contre laquelle il se défend tout au long de son existence".

Il semble que le vieillard d'hospice ne se soit jamais bien défendu contre cette angoisse.

Il n'est probablement jamais arrivé à l'âge adulte, où l'être humain devient capable de s'assumer librement, de ne plus subir sa dépendance mais de la choisir. Les vieillards passifs "classiques" sont encore des enfants qui ne savent qu'obéir.

Le seul mode de relation possible à Ivry pour ces vieilles femmes, c'est celui du dominé par rapport au dominant. Témoin celle ci qui ne va plus à la gymnastique "parce qu'on ne le lui demande plus". Témoin cette autre qui ne mange que si quelqu'un reste à côté d'elle "je mange pour vous faire plaisir". Elle mange pour garder l'amour de la surveillante ou mériter sa bienveillance - manière de dire "il faut lui obéir". Ces femmes se sont finalement effacées toute leur vie. Elles sont passées de la dépendance au père à la dépendance au mari et demeurent désemparées quand celui ci disparaît.

Madame T. est arrivée ici peu après la mort de son mari. Petite fille soumise à ses parents elle a commencé à travailler "comme tout le monde" à douze ans, rapportant sa paie à la maison. Un jour les parents lui ont trouvé un "bon mari" qui a, en quelque sorte, pris leur relève auprès d'elle. Son époux décédé, elle s'est vue obligée d'aborder des problèmes administratifs dont il s'occupait jusqu'alors : la pension à toucher, le loyer à payer, etc... Cela lui a paru insurmontable. Elle a préféré la prise en charge par l'hospice.

Madame F. est une des rares à avoir demandé l'hospice d'elles-mêmes. Ancienne corsetière, mariée trois fois, elle n'a pas eu d'enfants. Quand ses "bons patrons" l'ont mise à la retraite, elle s'est placée aussitôt. Elle a refusé le box, parce que dans un box, on est deux et c'est difficile de vivre en bonne harmonie avec une compagne.

Tandis que, en occupant un lit dans une salle de quarante personnes, elle bénéficie de son isolement préservé, de l'entourage silencieux des autres, entourage qu'elle perçoit comme rassurant parce que, dit elle, "elle se sent mieux que celles là", parce qu'elle va à l'ergothérapie où elle a même été promue responsable des clefs de placard et des comptes.

Mademoiselle J. avait une situation différente : soizante treize ans seulement. Deux soeurs qui vivent ensemble dans leur appartement et qui n'ont pas voulu d'elle. "mais j'aimais mieux comme cela". Il faut dire qu'elle est bossue, née bossue - "je n'ai jamais été comme les autres". Elle a travaillé quarante ans chez le même tailleur. Elle vivait seule dans une chambre du quatrième étage, sans eau mais bénéficiant depuis peu d'une aide à domicile. Et puis un jour, on l'a hospitalisée à Saint Louis; de là elle a été envoyée successivement dans trois ou quatre services de chroniques, et enfin à Ivry. "C'était plus commode pour ma famille" dit elle gentiment. Elle ne se trouvait pas trop mal ici, dans un contexte où elle n'était plus tellement différente des autres, l'âge courbant les dos de ses compagnes qui ne savent pas toujours trotter aussi vite qu'elle. Elle a pu finalement quitter Ivry "pour une vraie maison de retraite".

En partant, cette dernière a montré qu'elle était capable encore d'avoir du ressort, de changer, de s'adapter... S'adapter... bien sûr, celles qui restent s'adaptent aussi, tant bien que mal. Qu'est ce que cela veut dire s'adapter, dans leur cas ?

Il apparaît que le vieillard le mieux "adapté", le mieux toléré dans cette division d'hospice traditionnel, c'est celui qui est malade "juste ce qu'il faut". C'est celui qui, par son atteinte somatique réelle permet au personnel qui l'entoure de remplir son rôle de "soignant" : un malade qui ne donne pas trop de mal mais suffisamment atteint quand même pour ne pas amener à douter de la nécessité ou de l'efficacité des soins...

Citons une des infirmières : "je ne connais que celles à qui je distribue des médicaments".

Cet état de chose favorise - plus ou moins inconsciemment - une certaine tendance à se plaindre de ses "douleurs" plus qu'on ne l'aurait fait ailleurs... car, pour le vieillard, si vous l'interrogez, le personnel, c'est un groupe de gens qui "donnent des soins".

En effet, pour le pensionnaire d'hospice, le personnel représente un groupe homogène, les gens à qui il obéit. Bien qu'en fait ce groupe soit non seulement hétérogène mais de plus très hiérarchisé selon les structures les plus traditionnelles.

Cela va de l'agent - la "fille de salle", dont le problème est particulier, car il s'agit le plus souvent d'une "contractuelle", donc d'une auxiliaire théoriquement temporaire - au médecin chef,

en passant par l'aide soignante, l'infirmière, les surveillantes et la surveillante générale. Le plus souvent, les membres de ce personnel soignant ont derrière eux tout un passé hospitalier, avec, au départ, un idéal de générosité et de dévouement dont, hélas, dans la plupart des cas, il ne reste que le sentiment de contribuer à réparer une certaine injustice sociale en travaillant à l'hospice : "nous faisons ça parce que leur famille, qui aurait dû le faire, les a laissé tomber".

Cette opinion leur permet d'avoir quand même bonne conscience - et par conséquent de tenir, de durer, malgré leurs difficiles conditions de travail.

En discutant avec le personnel soignant, on se rend compte de ce que, à ce sentiment un peu fragile de bonne conscience, s'est adjoint tout un système de "défenses" - absolument nécessaire pour vivre dans un système aussi hiérarchisé, aussi rigide que celui de l'hospice actuel, où chacun est enfermé dans un rôle précis.

Le règlement est la loi suprême. L'ordre réglementaire implique que chacun reste à sa place, autrement dit que chacun se conforme au modèle défini depuis très longtemps par son rôle même.

Un soignant, Monsieur de La Palisse le dirait, c'est celui qui soigne. Son rôle ne le désigne pas pour autre chose. Il n'a rien d'autre à chercher, rien d'autre à attendre. Il est là pour répondre à la demande de soins du vieillard malade. S'il n'arrive pas, à travers ou au delà du malade, à voir le vieillard, personne humaine, qu'il ne s'inquiète pas ! Le vieillard d'hospice est parfaitement rassurant; on n'a à attendre de lui que la soumission la plus complète. Il ne réclamera rien.

Le vieillard d'hospice doit - cela est précisé en détail dans le règlement - être nourri, couché, lavé, changé. Maintenant on a ajouté : il doit aussi être "occupé". Mais ce n'est pas marqué qu'on doit le considérer comme une personne capable d'évoluer, de s'exprimer, de s'épanouir...

La leçon que le personnel de l'hospice a eu à apprendre, actuellement, n'est vraiment pas difficile à assimiler. Elle est dite, écrite et répétée par notre société toute entière et par les vieillards eux mêmes qui se gardent bien de laisser supposer qu'il pourrait en être autrement : quand on est vieux, on n'est plus bon qu'à mourir ; on a intérêt à se faire le plus petit possible, à se cacher pour ne pas rappeler aux jeunes et aux adultes qu'ils sont appelés, eux aussi, à mourir après, eux aussi, être devenus vieux.

Parmi les pensionnaires, le "soignant" est aussi très vite appelé à distinguer le bon et le mauvais vieillard... Le bon, nous l'avons vu, c'est celui qui accepte de n'être reconnu que comme malade et donc d'être soigné; du même coup, comme tout malade hospitalisé, il renonce à être habillé, à posséder d'autres affaires personnelles que les maigres souvenirs qui tiendront dans les quelques décimètres cubes auxquels il a droit (pas

question de garder des livres ou des revues puisqu'on lui en prêtera : il faudra vite les rendre, pour ne pas encombrer, avant le vidage périodique des placards).

Le mauvais vieillard, par contre, c'est celui qui vient confirmer la pire image de la vieillesse que l'on puisse porter en soi. C'est celui qui se "gâte", celui qui ne veut plus manger, celui qui ne veut pas aller à l'ergothérapie, celui qui est grossier, celui dont on ne comprend plus le langage, bref celui que - si commodément - on qualifie de "sénile".

La pire image de la vieillesse... voisine de celle dont nous parlions tout à l'heure, mais poussée au noir : quand on vieillit, on devient laid, tout déformé, tout tremblant; un jour ou l'autre on n'arrive plus à marcher; on ne sait plus s'occuper de soi même; on est sourd ou à peu près, on n'y voit guère etc... etc... et puis, essayez d'aller comprendre ce qu'ils disent : c'est quasiment impossible. Mais après tout c'est normal, c'est cela, la vieillesse.

Comment voudrait on que les membres du personnel d'Ivry, qui n'ont reçu aucune information gérontologique et qui jugent d'après ce qu'ils voient tous les jours, puissent ne pas considérer les vieillards comme des êtres dévalorisés, déçus, désespérants et désespérés, bref, une catégorie à part, sans beaucoup de points communs avec vous et moi ?

Si vous cherchez à expliquer à ces soignants que l'on peut empêcher un vieillard de devenir gâteux et grabataire, que cela peut même présenter un intérêt pour tout le monde, parce que, par exemple, on n'aura plus besoin de le "changer" si souvent... vous vous heurtez à de très grandes résistances.

C'est un peu inconcevable pour eux; et puis, qu'est ce qu'ils feraient alors ? Il est plus facile d'apprendre à "changer" un vieillard que d'"échanger" avec lui.

Comment expliquer à ces personnes qui n'ont pas choisi la gériatrie, qui sont là par le hasard d'une affectation - si nous laissons de côté le cas de ceux qui sont venus par réaction, pour mieux fuir l'idée qu'ils seront vieux un jour - comment expliquer que le vieillard est une personne comme tout le monde; que ces vieillards ont été jeunes puis adultes et que nous aussi nous serons demain des vieillards ? C'est impossible. C'est insupportable. C'est un scandale !

On ne peut qu'essayer de leur faire comprendre, lentement, patiemment, que tout être humain évolue, c'est à dire d'une part que chacun de nous vieillit, mais d'autre part que, à quelque âge que ce soit chacun d'entre nous est capable de changer, de se transformer, de s'améliorer, de s'épanouir - même les plus vieux et les plus déformés. Dans l'état actuel des choses, il faut bien se le dire, pour qu'une infirmière d'hospice reste à son poste, il lui faut soit nier la personnalité des malades, soit adopter une attitude pessimiste et désabusée à l'égard de ces êtres qui n'ont plus figure humaine. A défaut de pouvoir renforcer ses défenses d'une manière ou de l'autre, elle ne pourra que s'en aller.

Il apparaît que la revendication non exprimée mais de plus en plus aigüe de ces gens qui restent à leur poste, durcis dans leurs défenses, doit être prise en considération absolument et de toute urgence - avant tout essai d'introduction de la notion d'animation.

C'est un préalable à l'animation, c'est comme une monnaie d'échange dont il faut user au départ. Cependant, prendre en considération leur revendication, qu'est ce que cela veut dire ?

Bien sûr, les faire aider par des gens neufs et détendus, des gens aussi bénéficiant d'une formation véritable à ces problèmes. Mais aussi - surtout ? - cela veut dire les prendre en considération eux mêmes, les reconnaître, les écouter - leur permettre de sortir de leur isolement, image-miroir de l'isolement des vieillards.

Ce que le docteur Balier a dit des vieillards d'une même résidence : "on peut dire qu'ils sont engagés dans le même destin, mais ces liens sont dus à un état passif et non à une participation à une oeuvre commune qui engendrerait une attribution de rôles... ils perdent ainsi la définition de leur propre individualité et regressent à un état de dépendance vis à vis de l'encadrement", on pourrait l'appliquer aussi au personnel !

Le personnel tellement incompris, le personnel traumatisé, frustré, mal (ou pas du tout) formé, et finalement inconsciemment cruel.

Citons encore une fois Claude Balier :

"Ce n'est pas que le personnel soit plus mauvais qu'ailleurs, plus méchant qu'ailleurs.

"Mais lui même est pris dans ce système de relations terribles et inhumaines, celui que crée une administration pesante et figée par des textes dont elle a depuis longtemps perdu l'esprit.

"Les hauts responsables de cette administration sont pour la plupart parfaitement conscients de ce fait, mais impuissants à modifier ce qui est profondément ancré dans les mentalités.

"Aux échelons inférieurs, par exemple, la cérémonie de l'inventaire joue un rôle bien plus important pour la carrière d'une surveillante que la réussite de l'animation d'une salle..."

C'est à dire que toute formation à envisager doit avant tout viser à entraîner une véritable "conversion" de la mentalité du personnel de cette collectivité.

L'évolution du groupe des vieillards ne pourra se faire qu'en fonction d'une évolution de leur entourage. Le problème du vieillissement à l'hospice - c'est d'ailleurs vrai également dans d'autres contextes - ne doit pas être considéré sous le seul angle de la personne âgée elle même, mais aussi sous celui des réactions des personnes plus jeunes face au vieillard et

face à leur propre vieillissement.

Dans un premier temps, nous avons estimé que, pour introduire l'animation à l'hospice, il fallait d'abord nous préoccuper du personnel.

A ce point de notre recherche, nous voyons que, former le personnel à l'animation, c'est d'abord lui faire vivre l'animation, lui apprendre à communiquer - après avoir découvert ses propres possibilités d'expression.

Ceci ne pouvant se faire qu'en groupe, nous avons alors commencé une série de réunions.

CHAPITRE TROISIEME : L'APPRENTISSAGE DU DIALOGUE - LES REUNIONS.

Vivre l'animation implique l'existence d'un groupe décidé à oeuvrer ensemble, avons nous énoncé précédemment. Puisque nous étions à Ivry pour étudier le difficile problème de l'introduction d'un esprit d'animation à l'hospice, il nous fallait travailler à la constitution d'un groupe. Pour cela, nous devions accepter dès le début de préparer les gens à l'idée de la nécessité de se réunir; puis rester disponible pour les accompagner dans leur recherche, le temps qui serait nécessaire pour qu'ils constituent vraiment un groupe et que celui ci soit assez vivant pour être capable de devenir animateur.

Dès le début de notre travail à Ivry, nous avons parlé de l'éventualité de réunions, avec la directrice, avec les chefs de service, avec le conseiller hospitalier, avec d'autres encore.

Il faut d'ailleurs mentionner que, dans les années précédentes, il y avait eu des essais de réunions à Ivry. En particulier, des réunions de surveillantes avaient été organisées avec des membres de l'équipe psychiatrique du treizième arrondissement, il y a trois ou quatre ans; continuées depuis, irrégulièrement, par la directrice de l'hôpital-hospice. Ces réunions avaient concerné l'ensemble de l'hospice.

Dans la division elle même, les médecins avaient déjà réuni à plusieurs reprises le personnel, ou plutôt le personnel soignant. Mais surtout pour faire quelques cours de gériatrie pratique. Signalons quand même des réunions plus informelles, pour passer des photos de vacances par exemple.

Ce n'est, quant à nous, qu'au bout de plusieurs mois que nous avons cherché à démarrer ces "réunions de base". Il nous avait fallu attendre une certaine maturation du problème; une sorte de phase d'approche préalable, toujours nécessaire, qu'on parle d'animation ou de vie en société, tout simplement. Il fallait, pour nous comme pour tous les gens de la division, prendre conscience de ce que nous étions plongés dans une certaine communauté de destin... "dans le même bain" pour parler en langage trivial. Ce n'est qu'à partir de là que nous pouvions espérer transmettre un certain esprit, tout en cherchant à nous faire connaître et adopter.

Ce laps de temps nous permettait d'autre part de faire l'inventaire des points d'appui possibles et des résistances éventuelles ou vraisemblables. Et aussi de créer une sorte d'inquiétude, ou plutôt de volonté de changement chez tous, responsables ou non.

Il nous a fallu attendre que la sensibilisation au problème fut suffisante pour faire émerger et reconnaître des besoins communs.

Les réunions n'ont pu commencer que lorsque tout le contexte a eu suffisamment bougé pour qu'elles aient des chances d'être acceptées, d'être reconnues comme pouvant être utiles, voire nécessaires, ce qui traduisait un certain décroisement des préoccupations habituelles. Nous présentons ici les trois premières réunions, que nous avons pu enregistrer en partie au magnétophone et dont nous voulons livrer les principaux éléments.

- Première réunion : décembre 1970. Durée : une heure, de 13 h 30 à 14 h 30.

Cette réunion avait été annoncée quinze jours à l'avance, verbalement, chaque personne ayant été prévenue soit par une surveillance, soit par nous.

Elle était ouverte à tous les membres du personnel; il s'y est d'ailleurs adjoint une vieille pensionnaire démente qui est restée là d'un bout à l'autre mais a pratiquement été ignorée par le groupe.

Il y avait donc là des "agents", des aides soignantes (dans ces deux catégories, beaucoup plus de temporaires que de titulaires), les infirmières du matin, les trois surveillantes (dont la surveillante générale) une des kinésithérapeutes travaillant au centre mais attachées à la division, un médecin assistant et nous même.

La réunion se tenait dans la salle à manger du premier étage, salle la plus commode qu'on ait pu trouver. Nous bénéficions d'une ambiance pré-festive : la salle avait été décorée pour la préparation de Noël par les ergothérapeutes. Il vint beaucoup de monde, une trentaine - les gens avaient l'air à la fois étonnés et curieux. "D'habitude, les réunions sont pour les infirmiers seulement" ont dit certains agents.

Les gens ne sont pas arrivés tous ensemble. Les premiers arrivés ont été les ergothérapeutes, qui nous ont aidé à disposer des chaises en cercle, autour de deux tables accolées. Sur ces tables, des cigarettes. C'est un des seuls endroits de la division où il soit permis de fumer. Une des infirmières le fait remarquer. Une autre dit "ici, on peut enlever son calot". Et elle joint le geste à la parole.

Inévitablement, les gens se groupent par catégorie; les agents nettement en retrait - l'un d'eux finira par s'asseoir sur une table voisine, "pour mieux voir".

Le médecin assistant et la surveillante générale n'arrivant pas, on nous conseille d'aller les chercher. "C'est votre rôle", nous dit-on. Et l'on nous signale que nous aurions dû les prévenir dix minutes avant, par téléphone, "c'est comme ça qu'on fait pour les cours".

Cette dernière phrase va nous servir pour lancer les débats : "il ne s'agit pas d'un cours... nous sommes là pour essayer de travailler ensemble...".

... "Nous nous connaissons très mal les uns les autres; peut être pourrions nous déjà mieux nous situer les uns par rapport aux autres"

De la plupart des personnes présentes, nous n'étions connu qu'en tant que psychiatre. Nous avons rappelé que nous étions là pour un dessein très précis qu'il nous était impossible de poursuivre sans leur concours.

Comment faire naître une animation dans la division ? Est ce que cela paraît possible ? Pourrions nous travailler ensemble ? Ce doit être possible; le fait que nous soyons si nombreux rassemblés nous apparaît comme un encouragement; nous les remercions.

Après notre petite entrée en matière, le médecin assistant prend la parole; elle se présente à son tour - (beaucoup d'agents n'ont jamais eu l'occasion d'échanger la moindre parole avec elle) - dans son "rôle médical" et aussi dans son "rôle de porte-parole vis à vis de l'administration". Elle mentionne que la direction s'intéresse beaucoup à ce que nous faisons.

Là dessus, première intervention d'un agent; il s'adresse au médecin assistant : "peut être pourrions nous savoir pourquoi l'on nous supprime les chaises percées ?" Le médecin répond qu'il s'agit d'une mesure pour lutter contre la grabatisation, pour forcer les malades à se lever. L'agent ne poursuit pas; mais il reparlera très souvent par la suite.

D'autres agents interviennent : "il n'y a pas assez de paillons pour les quelques chaises percées qui restent dans le service et les vieillards ont des escarres..."
Mais ce qui ressort surtout des premiers échanges, c'est "à nous, on ne dit même pas bonjour".

Cette plainte est reprise par une surveillante sous une autre forme : "on nous prend notre personnel pour le mettre ailleurs sans nous consulter; tout le monde entre et sort; on ne s'occupe pas de savoir ce que nous en pensons".

L'assistante sociale intervient à son tour : "moi aussi, je suis débordée sans cesse entre ceci et cela; mais j'avoue que j'apprécie de pouvoir vous rencontrer et parler avec vous de mes problèmes au sujet de telle ou telle pensionnaire."

Elle cite le nom d'une pensionnaire amnésique pour laquelle elle se débat avec les "prises en charge". On lui apprend alors que la famille de cette personne vient de la retrouver à Ivry après de longues recherches et qu'elle l'a fait sortir de l'hospice. Le service social n'a pas encore été prévenu. Sans cette conversation, l'assistance sociale n'aurait appris la chose que dans trois mois. "Cela vaut la peine de se réunir". L'assistante sociale reprendra la parole une autre fois pour exprimer son désir de voir les relations s'améliorer entre tous,

"On ne sait jamais ce qui se passe en dehors du service" revient comme un leit motiv.

La kinésithérapeute soulève un problème : il y a des vieillards qui marchent quand ils sont au centre de rééducation et pas quand ils sont revenus dans la division. Les infirmières ne le savent pas, si bien qu'elles les traitent comme des invalides; et les pensionnaires en question se plaignent au centre.

Nouvelle plainte, à ce sujet, de la surveillante : "donnez nous du personnel, et on pourra les faire marcher".

D'autres revendications, d'ordre matériel, ressortent : les robes de chambre sont tristes, et surtout très salissantes. Les chaussettes de l'administration sont horribles. Est ce que l'on ne pourrait pas avoir des bas ou des collants ?

Le médecin répond qu'il note cette demande.

Des vieillards commencent à affluer dans la salle. Il n'y a eu que trois quarts d'heure de discussion. mais cette salle à manger sert en même temps de salon d'ergothérapie; c'est bientôt l'heure de commencer les activités, et chacun cherche à récupérer sa place.

Deux questions sont alors rapidement abordées par le groupe :

- le thème de la prochaine réunion; il est décidé que l'on parlera de l'accueil.
- la périodicité des réunions et la durée de chacune d'elles. Le rythme mensuel est adopté. Une heure paraît un temps suffisant, mais il faudrait trouver une autre salle. Le médecin met alors son bureau à notre disposition.

Et la réunion se termine sur un accord unanime - un peu trop unanime d'ailleurs - sur l'utilité de ces réunions. "On est content de pouvoir parler avec des médecins", dit un agent.

Cette réunion n'a pas paru assez longue, mais cela était du, en partie du moins, à l'irruption des vieillards qui en a brusqué la fin.

On remarque aussi que les ergothérapeutes ne se sont guère exprimé, en dehors d'une plainte timide concernant le fait que les vieillards se sénilisent plus vite qu'il ne serait normal parce qu'on ne s'occupe pas assez d'eux.

- Deuxième réunion : janvier 1971.

L'assistance y a été un peu moins nombreuse que la première fois, malgré la présence de nouveaux agents, de trois stagiaires

aides soignantes, et de deux kinésithérapeutes supplémentaires.

Le thème de la réunion, choisi lors de la précédente, était l'accueil du vieillard - l'accueil du "nouveau" vieillard.

En guise d'introduction, nous rappelons que l'accueil est une situation qui suppose la présence d'au moins deux personnes : vis à vis du vieillard, qui est l'accueilli, nous sommes l'accueillant - mais le rôle de chacun d'entre nous peut être différent.

Le médecin resitue le problème à un niveau plus médical : le problème des vingt premiers jours, les dangers de la transplantation font ressortir la nécessité de l'accueil si l'on veut éviter les complications cliniques trop fréquentes chez le nouvel arrivé.

Un agent avance : "j'ai déjà assisté à beaucoup de réunions là dessus... si vous croyez que ça peut changer... quand on se met à leur parler, on se fait engueuler." Ceci détermine un éclat de rire général. Et les autres agents opinent en disant ; "c'est bien vrai".

Un deuxième agent continue : "on n'a pas le temps. On nous prévient d'une entrée au dernier moment, pendant que nous sommes occupés à autre chose. Tout de suite, il faut courir chercher le malade, ses bagages, l'installer à son lit, et retourner faire ce qu'on a interrompu..."

L'assistante sociale intervient : "Pour pouvoir prévenir à l'avance, il faudrait grouper les malades".

"on n'accueille pas de la même façon le valide et l'invalidé", rappelle une infirmière.

"on fait l'inventaire, on monte ses affaires au grenier, et c'est fini", dit une aide soignante.

Une surveillante : "L'accueil, ça se passe le lendemain matin".

Les infirmières : "à quelle heure, donc ? Le lendemain, c'est trop tard. A ce moment là, on se précipite sur elle pour les bilans biologiques..."

... "Si bien que les sourires ne vont jamais à nous mais toujours au médecin. Ce n'est pas eux qui sont obligés de "piquer"."

Une nouvelle discussion s'engage sur les bilans de santé. Le médecin : "on pourrait peut être attendre quelques jours pour demander les bilans".

Une infirmière : "elles n'aiment pas être traitées comme des malades".

Silence, puis... brouhaha.

Il semble que, jusque là le vieillard à accueillir ne peut que rester un objet qu'il s'agirait de réceptionner au mieux; ce qui pose déjà beaucoup de problèmes pratiques.

Le médecin mentionne alors que la situation a quand même fait des progrès ces dernières années : cent quarante et un décès en 1969, quatre vingt un seulement en 1970. Les transferts de malades ont été limités. Les électro-cardiogrammes ont été pratiqués plus fréquemment. Il y a eu des visites systématiques plus rapides de la part des médecins.

L'assistante sociale : "les statistiques ne suffisent pas. Quelle est la qualité de vie qu'on maintient ?" La question reste sans réponse.

On essaie alors de resituer le problème : l'accueil immédiat, à l'arrivée, le plus souvent, il faut en convenir, est "loupé". Mais cela peut, peut être, se rattraper les jours suivants; notion d'"accueil ultérieur". "on les envoie à l'ergothérapie"...

Réponse des trois ergothérapeutes - ce sont, rappelons le, trois aides soignantes à qui l'on a donné une formation rapide pour les promouvoir à cette fonction - : "Elles ne veulent pas toutes y aller ; l'ergo leur est mal présentée. De plus, certaines ne veulent pas y aller parce que c'est un travail qui n'est pas payé; on a beau leur dire que ce n'est pas pour travailler mais pour s'occuper".

Si bien qu'une des kinésithérapeutes intervient : "ce n'est pas de l'ergothérapie, ça, mais de l'occupation"...

Silence général.

Nouvelle (et dernière) intervention d'une des trois ergothérapeutes : "c'est dommage, les malades qui vont à l'ergothérapie n'attirent que très peu les autres..."

Nous posons la question : "est il nécessaire que tout le monde aille à l'ergothérapie ?"

Les kinésithérapeutes répondent : "non ! il y a la rééducation aussi". Mais le groupe réagit : "les kinési, on ne les voit jamais..." En effet la rééducation se fait dans un bâtiment à part et quelques vieillards seulement s'y rendent.

Une des infirmières propose alors une synthèse : "nous aussi, on s'occupe de l'accueil après l'arrivée, quand on a le temps, après les bilans... on leur parle. Mais nous savons bien qu'il y a deux formes d'accueil : l'accueil immédiat qui, malheureusement, n'est pas toujours réalisable, et l'accueil qui se poursuit dans le temps, ce que l'on peut rattraper au jour le jour" et elle termine son intervention en disant : "l'accueil, c'est un don, et tout le monde ne l'a pas !"

Un agent dit ensuite; "depuis la dernière réunion, qu'est ce qui a changé ?"

L'assistante sociale : "Mais, on commence à se connaître. Tout à l'heure, je vous ai interpellé : vous en étiez bien étonné... Vous qui réclamez les sourires des médecins, vous en recevez tout plein maintenant..."

Une surveillante : "Cela ne change rien; il manque du matériel; il manque du personnel..."

"Nous accueillons aujourd'hui trois nouvelles stagiaires aides soignantes"...

Eclat de rire général.

Là dessus, le groupe se sépare après avoir convenu qu'il fallait changer à nouveau de salle : le bureau du médecin assistant, dans lequel nous nous trouvons est trop petit; on a du laisser la porte ouverte pour que les derniers arrivés s'assoient dans le couloir. Les gens ne se voient pas. "On s'entend mal".

Pendant cette réunion, nous avons pu constater que les gens étaient moins timides, moins méfiants que lors de la première, mais plus facilement agressifs.

Il y a eu des essais pour se mettre d'accord - jamais tous ensemble, bien entendu, mais toujours contre une personne ou contre une minorité.

Deux problèmes apparaissent clairement : le conflit entre les infirmières et les ergothérapeutes; le conflit entre celles ci et les kinésithérapeutes.

On relève aussi un conflit latent à l'intérieur du groupe des soignants, un conflit interpersonnel en particulier entre surveillantes et jeunes infirmières, conflit dont nous avons eu des échos, mais hors réunion, par la voix d'une surveillante : "ces jeunes là, elles ne savent pas travailler comme nous; il ne faut pas les écouter trop; vous devriez leur apprendre à nous obéir; elles ne nous aiment pas, elles manquent de formation, elles manquent de conscience professionnelle... Nous, on avait la vocation..."

- Troisième réunion : février 1971.

Cette réunion se tient à nouveau dans la salle à manger du premier étage. Dans les jours précédents, nous avons été prévenus que le climat actuel de la division est difficile, en particulier à cause de revendications très vives concernant le manque de personnel ; "nous sommes allés voir la directrice à trois reprises"... Il y a en ce moment beaucoup de personnel en congé pour diverses causes, beaucoup d'absentéisme aussi.

Si bien qu'il n'y a plus qu'une infirmière pour trois salles, à un moment où beaucoup de vieillards sont malades.

On nous a même suggéré, pour avoir une réunion calme, de préparer un cours sur l'accueil. Nous avons répondu que nous pensions préférable de laisser parler tout le monde.

Dès le début de la réunion, l'assistante sociale se plaint de ne pas avoir été prévenue. Nous lui répondons : "mais cette réunion a été annoncée à la réunion précédent, il y a un mois" - "cette fois ci, vous ne me l'avez pas rappelé".

Effectivement, la dernière fois que nous l'avons rencontrée, assez rapidement, au sujet du cas d'une pensionnaire, nous n'avons pas parlé de la réunion qui allait se tenir. De ce petit problème on passe à l'idée qu'il faudrait peut être préparer ces réunions avec un petit groupe préalable.

La question nous prend un peu de court; et puis nous avons autre chose en tête. Nous avons l'impression très vive qu'il faudrait laisser s'exprimer les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes, même si cela peut paraître inquiétant pour quelques uns.

En même temps, comme le médecin assistant, nous réalisons qu'il y a un réel problème avec le personnel de service : les agents ne veulent plus rester. Ils prennent tous les congés possibles, seul mode de revendication qui leur reste, vu qu'ils savent bien qu'ils sont en définitive les personnes les plus nécessaires pour la marche de l'hospice.

Les agents nous ont fait dire par un des leurs - qui, en congé, n'avait pas participé aux réunions précédents : "la dernière fois, il n'y en a eu que pour les soignants; les agents ne sont pas contents. Nous n'avons pas demandé à être là, mais, puisqu'on est là, ont veut travailler avec vous".

Cet agent s'exprimera beaucoup pendant la réunion - trop, peut être, mais surtout trop vite. Au milieu de la réunion, il déclarera : "ce qui ne va pas ici, c'est qu'il y a une mauvaise ambiance."

Beaucoup de participants partiront un quart d'heure avant la fin de la réunion, ce qui donnera à ceux qui restent l'occasion de remarquer : ceux qui sont partis, ils savent bien pourquoi il y a mauvaise ambiance..."

Nous pouvons distinguer deux parties dans la réunion :

Au début nous mentionnons qu'il n'a pas été choisi de thème pour cette séance, et nous présentons une brève synthèse de la réunion précédente :

"l'accueil immédiat du vieillard par le personnel est le plus souvent raté, mais on estime que cela peut se rattraper".

Comme, cette fois ci, nous avons commencé à l'heure, tout le monde n'est pas encore arrivé. Entrent deux agents, deux filles de salle du rez de chaussée qui disent : "Nous, on s'excuse, on ne peut pas venir, on a les "changes" à faire".

Nous essayons de leur répondre le plus simplement possible que personne ne leur en voudra de ne pas être là. Ces réunions ne sont pas obligatoires. Elles ont bien fait de venir dire ici ce qui les empêchait de venir, de façon à ce que, par la suite, tout le monde s'organise afin que ceux qui veulent venir puissent éventuellement se faire remplacer dans leur travail.

Le médecin rappelle que ce temps de réunion est pris sur le temps de travail. Les deux agents s'en vont.

D'autres agents interviennent : "quand il y a des vieillards à changer, cela ne peut pas se remettre au lendemain..." "On sait bien que ceux de l'équipe de veille ne le feront pas".

C'est la première fois, dans ces réunions, que l'on parle de l'équipe de veille. Les agents s'expliquent entre eux : "Tous les changes se font en même temps... c'est plus commode... quand le "garçon" (1) arrive à cinq heures, il faut que ce soit fait, pour qu'il n'ait qu'à installer dans leur lit les malades qui étaient au fauteuil".

La discussion repart sur le problème des chaises percées. Le médecin indique qu'on en a commandé de nouvelles et qu'elles vont bientôt arriver.

Le même agent reprend : "A quoi ça sert, ces réunions ? On ne pourra changer l'accueil tant qu'on aura pas un meilleur matériel".

Une infirmière, jeune, intervient : "ça ne changera jamais tant que les vieillards n'auront pas changé. On les aime bien, vous savez, mais ils sont méchants, vous ne pouvez pas savoir, parce que vous ne restez pas longtemps avec eux".

Une surveillante (plus âgée : la cinquantaine) continue : "vous ne pouvez pas le savoir parce que vous êtes jeune".

Nous intervenons pour rappeler que le problème de l'accueil n'est pas spécifique au vieillard, ni à l'hospice; que probablement chacun d'entre nous a eu l'occasion de se trouver à un moment ou à un autre dans la position du "nouveau" par rapport à une collectivité; ne serait que lorsqu'il est arrivé à Ivry et qu'il lui a fallu s'intégrer dans l'équipe déjà existante.

Comparaison est faite avec le touriste qui, en vacances, choisit de voyager dans un groupe organisé. Une des infirmières -

(1), le garçon, c'est l'agent de sexe masculin chargé de soulever les malades. Mentionnons que ce surnom, en règle générale, ne lui plaît pas du tout.

qui avait parlé précédemment de son imminent départ en Corse avec une organisation de loisirs - reprend le thème : "on est souvent mal accueilli, surtout quand on est tout seul... Il y a peut être quelque chose qu'on a pas fait alors. Il faut se renseigner avant."

"Mais en vacances, dit quelqu'un d'autre, on part toujours avec un bon moral".

"On est toujours un peu déçu quand on arrive sur place; mais quand même, ce sont les vacances..."

"Quand on sait que ça ne durera pas, on peut le supporter".
"C'est une question d'ambiance".

Accord unanime du groupe à ce sujet. C'est à ce moment que les tensions à l'intérieur du groupe atteignent leur maximum et que se situe l'incident déjà rapporté sur la "mauvaise ambiance"...

Dans la deuxième partie de la réunion, nous assistons à un duel entre les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes, les infirmières intervenant parfois aussi contre ces derniers.

A ce moment, il ne reste qu'une douzaine de personnes : deux infirmières, un agent, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, le médecin-assistant et nous.

Les kinésithérapeutes attaquent :

"On ne sent pas qu'on travaille en équipe; au centre, ça va bien avec les vieillards; mais quand elles retournent à la division, tous les progrès acquis s'écroulent..."

Une infirmière répond : "Nous ne pouvons pas les faire marcher, nous n'avons pas le temps; et puis, si elles tombaient, elles risqueraient une fracture et nous serions responsables... Mais vous, on ne vous voit jamais dans la division."

Les kinésithérapeutes expliquent qu'ils vont quelques fois dans la division, mais l'après midi.

C'est au tour des ergothérapeutes d'intervenir :

"A ce moment là, elles ne vont plus à l'ergothérapie; on a déjà du mal à les attirer parce qu'on n'a pas de matériel; si vous venez, on a encore moins de monde. C'est plus difficile de travailler dans la division; vous, vous êtes en dehors, vous ne vous rendez pas compte de nos problèmes..."

L'infirmière : "la rééducation dispense de l'ergothérapie. En fait, c'est la même chose, c'est de l'occupation."

L'agent intervient à son tour : "Peut être que ça irait mieux si vous veniez plus souvent dans les divisions; il y en a beaucoup qui pourraient marcher sans avoir besoin d'aller au centre".

Les kinésithérapeutes répondent : "nous, on ne sait pas à l'avance qui vous voulez rééduquer".

Le médecin : "Il serait possible de faire un carnet sur lequel on vous inscrirait le nom de celles qui seraient à rééduquer. Cela pourrait se faire avec les surveillantes et les infirmières.

L'agent : "il faudrait faire ça systématiquement"

Les ergothérapeutes manifestent leur approbation. Puis c'est le silence. Et nous décidons de déclarer la réunion terminée.

Les ergothérapeutes nous proposent de tenir les prochaines réunions dans le salon d'ergothérapie du deuxième étage, pièce plus petite, plus agréable et où l'"on s'entendra mieux".

Nous quittons la salle. Après notre départ, la discussion continuera entre les kinésithérapeutes et le médecin. Mentionnons que, depuis cette réunion, les kinésithérapeutes viennent tous les matins dans la division. L'accord sur l'efficacité de leur présence n'est pas unanime. Certains disent : "Ils ne font pas marcher tout le monde; pour certains, ils restent près du lit et parlent avec eux. Les vieillards ne sont pas contents. Il y a des jalousies etc..."

Au moment où nous écrivons ce chapitre, seules les trois réunions que nous venons de rapporter ont été tenues. D'autres réunions interviendront, mois après mois. Essayons cependant de dégager les grandes lignes qui ressortent de ces premiers essais.

On peut dire, croyons nous, qu'ont émergé assez clairement les trois principales difficultés de l'organisation des relations inter personnelles dans le cadre de l'hospice.

(1) l'alibi que constituent les revendications matérielles. Bien sûr, elles s'appuient sur des réalités incontestables. Mais elles sont mises en avant pour freiner - quand ce n'est pas complètement bloquer - toutes les tentatives de mobilisation des personnes présentes dans la division. Cette mobilisation est pourtant indispensable si l'on veut améliorer les conditions de vie des pensionnaires et du personnel, si l'on veut "humaniser" l'hospice. Les conditions de vie ne pourront changer que si les gens eux mêmes acceptent de changer.

(2) les difficultés de communication interpersonnelles proprement dites (les gens ne savent ni s'exprimer, ni s'écouter les uns les autres) qui sont liées aux conflits interprofessionnels résultant du cloisonnement des rôles. Et ceux qui sont au dernier rang de l'échelle hiérarchique ont la sensation d'être écrasés; ils n'ont plus que le mode agressif pour se faire entendre. Si bien que, effectivement, "l'ambiance est mauvaise" : le problème

de manque de personnel, constituant un aspect non négligeable de la question; à cause de cette mauvaise ambiance, les nouveaux agents ne restent pas; on assiste à une sorte de désertion de l'hospice. Ce qui amène à abaisser les critères d'admission, à recruter des gens qui ne sont ni formés, ni prévenus de ce qu'on attend d'eux.

(3) problème plus grave encore, l'attitude des uns et des autres vis à vis de la personne âgée. Le rejet de ce pensionnaire est rationnalisé et légalisé : "le vieillard est méchant". Et ce rejet est encouragé par la société toute entière qui vit ce fait d'une façon globale, même si cela est inconscient.

On ne peut nier cependant que des progrès interviennent. Ainsi peut-on noter des changements dans les comportements. Certaines personnes se révèlent. D'autres vont jusqu'à accepter de perdre leur masque. Les surveillantes circulent davantage dans les salles.

L'information est plus facilement transmise parce qu'elle est plus désirée.

On ne saurait dire encore, bien sûr, que toutes ces personnes se préoccupent du problème de l'animation en hospice. Mais chacun s'interroge sur la possibilité de trouver un meilleur équilibre dans le travail commun.

Même si chacun n'en est pas encore à considérer qu'il s'agit ainsi de son problème et non pas uniquement du problème des vieillards, on peut percevoir, dans tout le groupe, une certaine attente dans laquelle chacun se retrouve : la nécessité d'améliorer l'ambiance générale.

La discussion est devenue possible, et cela ouvre des perspectives nouvelles.

A travers nos réunions, les uns ou les autres découvrent la possibilité de se sentir soutenus même s'il est trop tôt encore pour que nous puissions parler véritablement d'un "groupe" structuré.

La prochaine étape devra donc être, quand les masques seront tombés, de chercher à parvenir à une structuration du groupe telle que chacun puisse y trouver un rôle. On doit arriver ainsi à une sorte de médiation entre les compétences, à une meilleure information à tous les niveaux.

Il faudra prendre garde à un risque qui interviendra alors à tout moment ; nous devrons veiller à ce que le groupe ne se referme pas, qu'il reste bien vivant et mobilisable.

De plus, il faudra y faire entrer les vieillards eux mêmes, la manière de le faire restant à trouver.

Il ne faut pas nous leurrer : plus le groupe deviendra organisé, plus les différences s'accroîtront en intensité.

Avant de vouloir animer ceux qui ne le sont pas encore suffisamment pour que cela se voit, il convient de regarder la réalité en face : il y aura toujours, à Ivry comme dans toute société, deux catégories de personnes : la minorité agissante, le groupe de ceux qui pensent et cherchent à aller de l'avant; et la majorité, la masse qui suit, avec plus ou moins de réticence.

A certains, cette évidence peut apparaître comme scandaleuse. Mais comment l'éviter ?

CHAPITRE QUATRIEME : EXPERIENCES FRANCAISES RECENTES EN MATIERE DE TRANSFORMATION DE L'HOSPICE.

En même temps que nous commençons la série de réunions relatées au chapitre précédent, il nous a paru indispensable de chercher ce qui avait pu être fait ailleurs qu'à Ivry en matière de transformation de l'hospice ou d'animation en hospice.

Nous avons malheureusement trouvé peu de chose. L'enquête faite par la Fédération Hospitalière de France auprès des hospices, hopitaux - hospices et des maisons de retraite a d'ailleurs démontré l'énorme retard que nos institutions avaient pris dans ce domaine.

Les expériences tentées à droite et à gauche pour améliorer la situation sont souvent soit trop modestes, soit trop récentes pour avoir fait l'objet d'études publiées.

Nous avons retenu quatre exemples qui nous ont paru spécialement intéressants et que nous allons essayer de présenter tour à tour :

- un essai de suppression de l'hospice, réalisé avec des moyens importants : le centre de soins de Serre Cavalier. Les résultats positifs, mais aussi les points faibles. Un essai de mise à contribution du bénévolat.
- un acte de foi dans les possibilités de la personne âgée : le centre de rééducation de Bainville sur Madon. La conception d'une maison médicale de retraite qui est née de cette expérience.
- la lente transformation d'un hospice traditionnel, réalisée avec une quasi-totale absence de moyens : l'hôpital-hospice de Tonnerre. Son état actuel; les projets pour demain.
- une expérience limitée dans un vieil hospice de grande ville en province : l'hospice de Saint Etienne. Une animation développée dans des structures qui restent à transformer.

Le centre de soins pour personnes âgées "Serre Cavalier" du centre médical hospitalier de Nîmes.

Il s'agit d'une réalisation récente, bien connue déjà de tous ceux qui, en France, s'intéressent de près ou de loin à la gérontologie. Si bien qu'il nous suffira de quelques mots pour la présenter.

L'Hôpital général de la ville de Nîmes comportait dans son enceinte, comme c'est souvent le cas, un hospice datant d'il y a une centaine d'années.

Dans le dessein de décongestionner l'hôpital, de supprimer les bâtiments vétustes de l'hospice, et en même temps d'améliorer les conditions d'accueil et de séjour des personnes âgées, la commission administrative de l'hôpital a conçu le centre de Serre Cavalier.

Il est important de noter que l'idée qui a présidé à la construction du centre était de bâtir non pas un nouveau "mouroir", mieux aménagé que l'ancien mais un centre de soins dont les vieillards pourraient sortir, revalidés, pour retourner en ville ou être aiguillés sur une maison de retraite.

Sur une colline boisée, à cinq cents mètres de l'hôpital, dans un quartier résidentiel, le centre de Serre Cavalier, élevé d'avril 1964 à octobre 1966, représente une réussite esthétique et un lieu attrayant.

Ce n'est pas vraiment un hôpital, ce n'est en tous cas pas un hospice - c'est quelque chose qui n'était pas prévu par les textes, une expérience, vraiment.

Les six cents lits de l'établissement se répartissent ainsi :

- un grand bâtiment central de 300 lits et comportant au rez de chaussée : les consultations, le bloc de rééducation fonctionnelle et motrice, l'ergothérapie; au premier étage : le service de médecine active, dit aussi service de gériatrie (60 lits en chambre à un, deux, trois et cinq lits); aux quatre étages supérieurs, les services dits de médecine lente, ou des invalides (soixante lits par étage).

- quatre pavillons de chacun environ soixante quinze lits destinés au semi valides et aux "pré-sortants" (personnes jouissant d'une autonomie suffisante) : trois pour les malades isolés, en chambre à un, deux ou quatre lits, le dernier, prévu pour les ménages, en chambre à deux lits.

Le but du centre était défini de la façon suivante : "à l'aide de structures diversifiées mais cependant regroupées dans un espace restreint, établir, d'abord dans le centre, puis entre le centre et la ville, une série de handicaps que le malade doit surmonter jusqu'à ce qu'il ait retrouvé une autonomie suffisante pour reprendre une vie normale".

Le centre fonctionne depuis plus de quatre ans maintenant, sous l'impulsion du directeur du centre hospitalier de Nîmes, Monsieur Rochaix, et du médecin-chef, Monsieur le docteur Monod.

Que peut on dire aujourd'hui de cette expérience ? D'abord, des résultats très positifs et ceci dans plusieurs domaines :

- la confirmation de ce que la personne âgée peut et doit être rééduquée. La proportion de malades guéris est très importante. Quarante pour cent des handicapés moteurs et fonctionnels sont réhabilités.

- l'affirmation que la peine prise pour faire de ce centre un lieu de soins humanisé et humanisant est très largement "payante". Le service se fait plus facilement. Les malades ont meilleur moral. Les familles viennent en visite beaucoup plus facilement.

- un élan donné aux réalisations gérontologiques en France. Pour qui veut concevoir un service de personnes âgées en France aujourd'hui, il n'est pas possible d'ignorer Serre Cavalier. Et le côté presque luxueux des installations a certainement contribué à modifier la conception de l'hébergement des personnes âgées.

Mais plus que sur les succès enregistrés par le centre de Serre Cavalier, succès bien connus et dont il n'est guère utile de faire une fois encore le panégyrique, nous voudrions insister sur quelques points faibles que le fonctionnement du centre a fait ressortir. Les responsables eux mêmes en parlent très volontiers et c'est de leurs déclarations que nous tirons les réflexions qui vont suivre.

Serre Cavalier était conçu comme un centre de court ou de moyen séjour. Or, la "fluidité" à laquelle on aspirait, le mouvement des vieillards "sortants" vers l'extérieur, ont été beaucoup moins importants que les espoirs du début. Ce n'est d'ailleurs pas la faute du centre, mais le défaut d'équipement dans le département : nombre insuffisant de maisons de retraite, développement encore trop limité des services d'aide à domicile font qu'il n'est pas possible de faire sortir un bon nombre de vieillards "revalidés". On est donc contraint de les garder au centre, et leur présence empêche les services d'être aussi "actifs" qu'il était prévu.

D'autre part, il est apparu que le centre n'était pas préparé pour recevoir les "petits psychiques", catégorie assez nombreuse, nous le savons, chez les personnes âgées. Parmi ces malades, certains ont pu être gardés et ont bénéficié du fait de se trouver dans un entourage de personnes saines d'esprit. Mais d'autres, plus difficiles de caractère sans doute, ont dû être aiguillées sur l'ancien hospice, qui, en définitive, a été maintenu, au moins jusqu'à nouvel ordre, pour les héberger. Cet échec souligne la nécessité de services de psychiatrie gérontologique rattachés à de pareils centres de soins.

Serre Cavalier, depuis son ouverture, a connu d'autres difficultés, en particulier en matière de reconnaissance d'un prix de journée par la Sécurité Sociale; mais cela est heureusement en voie de règlement. Nous ne nous arrêterons un moment que sur les écueils que nous venons de mentionner : manque de fluidité et rejet de certains "petits psychiques".

Si nous reprenons la démarche initiale qui fut à l'origine de la construction de Serre Cavalier, nous voyons qu'un des buts recherchés, la suppression de l'hospice n'a pas été complètement atteint. Le problème a été déplacé dans l'espace et dans le temps. Il y a eu une faille dans la conception initiale du centre : ne pas assez prévoir que beaucoup de vieillards ne pourraient pas en sortir. A la limite, on pourrait craindre que, si le manque de

fluidité s'aggravait encore, l'engorgement des services n'en vienne à transformer le centre en un nouvel hospice, plus moderne, plus souriant, mais doté de presque tous les traits caractéristiques de l'hospice que nous mentionnons dans notre introduction.

Dieu merci nous n'en sommes pas là. Et on peut souhaiter que les problèmes actuels parviennent, dans les années à venir, à une solution satisfaisante. Nous retenons cependant l'importance qu'il faut attacher à concevoir une action gérontologique d'ensemble, au lieu de chercher à régler les problèmes séparément. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point. En matière d'institutions en faveur des personnes âgées dans un secteur donné, tout se tient et, et une insuffisance sur un point quelconque peut faire gripper tout le système.

Serre Cavalier a certainement contribué à faire évoluer les mentalités françaises en face des vieillards et donne un exemple remarquable de confiance dans les possibilités des personnes âgées, par le souci de soins appropriés et de rééducation qui y est manifesté.

Avant de quitter Nîmes, nous voudrions dire un mot de deux traits particuliers de Serre Cavalier : le personnel et le volontariat.

Un des secrets de la réussite du centre, c'est la qualité de l'accueil. Comme l'ont dit certains, cela est facilité par le fait que l'on ne travaille ici qu'avec du neuf : batiments neufs, matériel neuf, mais aussi... personnel neuf.

N'ont été embauchées à Serre Cavalier que des infirmières sortant de l'école et des aides soignantes jeunes. Le docteur Monod fait remarquer qu'elles s'entendent très bien avec les vieillards parce qu'elles établissent avec eux des relations de petite fille à grands parents, beaucoup plus faciles, beaucoup moins agressives que ne le seraient les relations de fille à mère qui s'établiraient si les infirmières avaient quarante ou cinquante ans.

Ce personnel soignant n'est pas normalement destiné à rester indéfiniment au centre. Au bout de quelques années, il sera envoyé sur le Centre médical de Nîmes. Cela permet d'éviter une lassitude qui serait bien compréhensible. Cela donne, d'après les premiers résultats, des infirmières très méticuleuses et consciencieuses, qui ont simplement, à l'arrivée à l'hôpital général, à retrouver un rythme plus rapide. Cela permet aussi au docteur Monod d'exclure catégoriquement l'idée d'une formation spéciale, d'un diplôme particulier pour les personnels appelés à soigner les personnes âgées.

Le deuxième point sur lequel nous voulons nous arrêter concerne plus directement notre propre étude, puisqu'il s'agit de l'animation.

Celle ci n'avait pas été prévue directement; c'est à dire qu'elle n'est pas à la charge de l'entourage immédiat des vieillards. Il s'agit d'une expérience unique en France, pensons nous, inspirée par des exemples anglo-saxons.

Cette expérience a débuté, environ un an après l'ouverture du centre, par la création de l'association des "Amis de Serre Cavalier", sur une initiative de l'administration, pour apporter un complément psycho-social au travail réalisé dans le centre.

C'est une association de "volontariat", ou de "bénévolat", peu importe le terme, "qui regroupe des personnes de tout âge, hommes et femmes, de toute condition sociale, qui acceptent de consacrer une partie de leur temps libre aux personnes âgées."

"Il ne s'agit pas simplement de chercher à distraire les malades par des activités variées". Le projet est beaucoup plus ambitieux : reconstituer autour des personnes âgées de Serre Cavalier une véritable société; "instaurer des rapports sociologiques réguliers entre le monde de la vieillesse et la société tout court".

Les dirigeants de Serre Cavalier ont fait le choix de s'adresser à des bénévoles, en pensant que la famille était trop souvent soit défaillante soit insuffisamment disponible, et que le personnel était trop occupé par ses autres tâches. Des agents embauchés et rétribués spécialement pour cela auraient représenté, dit Monsieur Maillard, sous-directeur du centre, une solution artificielle et couteuse.

Les organisateurs sont conscients des difficultés qu'une telle entreprise peut rencontrer : de la part des personnes âgées elles mêmes, d'abord, parfois trop enclines à une certaine léthargie et qu'il faut persuader d'apporter leur participation à une oeuvre commune; puis de la part des bénévoles qui risquent toujours de faire preuve - consciemment ou non - d'un esprit de supériorité qui rendra leur attitude paternaliste; sans parler de la difficulté réelle d'avoir des volontaires masculins en nombre suffisant (à tel point qu'on envisage d'en attirer par une rémunération) ou de recruter des éléments assez jeunes; danger enfin de friction avec le personnel.

Il a fallu faire admettre par les bénévoles qu'ils étaient liés par les règles administratives, qu'ils devaient se plier aux horaires, qu'ils devaient s'engager à une certaine régularité et s'y tenir. De plus, des cours sur les besoins des vieillards, leur psychologie, leur sociologie sont dispensés en sessions courtes et espacées.

Expérience encore récente, mais dont les premiers résultats paraissent positifs, cette intervention du bénévolat n'est pas sans points communs avec ce que pourra être l'essai d'introduction d'animateurs professionnels dans des institutions de personnes âgées. Nous aurons l'occasion d'en reparler.

Bainville sur Madon et les ressources nancéennes en matière d'hébergement de personnes âgées.

Nancy se situe depuis longtemps en bonne place en ce qui concerne l'action en faveur des personnes âgées. Madame Petit Liévois elle même, dans une des annexes de son ouvrage rappelle l'histoire de la "progression gérontologique" de cette ville, depuis 1946, sous la double impulsion de Monsieur le Doyen Parisot et du professeur Herbeuval. La récente création de l'Office Nancéen des Personnes Agées, en dehors des aspects empruntés à l'expérience grenobloise, vient confirmer la manifestation constructive et continue de l'esprit d'animation qui habite des responsables qui se sont donnés pour ligne de conduite la compréhension globale de l'individu âgé et la recherche des moyens propres à satisfaire ses besoins.

Nous avons eu la chance de fréquenter pendant tout un trimestre le centre de réadaptation pour personnes âgées de Bainville sur Madon, ouvert en juillet 1966, et d'y bénéficier de l'enseignement de Monsieur le Professeur Cuny et de Madame le Docteur Tenette, médecin chef du centre. Nous avons également travaillé dans le cadre de la maison hospitalière Saint Charles, l'hospital-hospice de Nancy. C'est d'ailleurs là que nous avons, pour la première fois, entendu parler d'animation pour des personnes âgées.

Pour notre étude aujourd'hui, nous ferons de larges emprunts au rapport que le professeur Cuny a présenté en octobre 1968 à Rennes pour le séminaire sur la formation des cadres des établissements accueillant des personnes âgées et qui traite de l'animation en maison de retraite et en hospice.

Dans ce rapport, il entendait "non pas dresser un réquisitoire, mais esquisser un certain nombre de faits vécus". Et pour décrire le "cadre moyen" de l'hospice, il s'est appuyé sur la situation à la maison hospitalière Saint Charles. Sans négliger sans doute la section hospice qui existe dans le cadre du centre hospitalier régional de Nancy et qui a fort mauvaise réputation.

La maison hospitalière Saint Charles est un établissement de 240 lits rattaché au C H R auquel appartient l'équipe médicale, et à l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe et Moselle. Le personnel est constitué par des religieuses d'une vieille congrégation locale et complété par des laïcs.

Le docteur Cuny parle des traits généraux de l'hospice : bâtiments vétustes, sanitaires insuffisants, absence d'ascenseur, caractère démesuré des grandes salles etc... Il insiste sur l'insuffisance numérique du personnel qu'il divise en "soignants" - dévoués, mais mal préparés à s'occuper de vieillards : "la notion d'assistance physique, de couverture des besoins matériels reste la préoccupation essentielle"... et en "servant", qui travaille "sans saisir la valeur humaine du service qu'il peut rendre".

Quant au vieillard, quelque soit son degré de validité, un dénominateur commun l'a conduit à l'hospice : "l'impossibilité de continuer à vivre seul".

Pour le docteur Cuny, l'hospice - rénové - ou la maison de retraite pourraient devenir la "nouvelle famille" de la personne âgée, une famille qui devrait être accueillante et respectueuse de sa personne, quelle qu'elle soit, une famille éducative aussi.

Nous pouvons nous interroger avec lui : "on a dit souvent que le vieillard de la société retombait en enfance. N'est ce pas plutôt l'attitude de la société qui rapproche ces deux âges extrêmes de la vie et les solutions adoptées ne sont-elles pas assez proches l'une de l'autre ? La rigidité d'une certaine éducation qui masquait les problèmes de l'enfance et de l'adolescence par le "tais-toi, tiens toi tranquille, ce n'est pas de ton âge", n'a t'elle pas de correspondance dans l'attitude en face du vieillard. "Ce n'est plus de votre âge", en quelque sorte. Demandons nous si la simple notion d'assistance apporte la sécurité à la personne âgée ou à ceux qui en ont la charge".

Essayant ensuite de définir l'animation, le docteur Cuny la compare à l'éducation. Comme celle ci, elle ne peut se faire en effet que dans un certain climat affectif. De même, elle doit aussi se pratiquer dans une ambiance de sécurité, avec toutes les conséquences que cela comporte.

Mais surtout, de même que l'éducation doit concerner l'enfant dans la totalité de son être, l'animation doit être globale. Pour cela elle doit s'intéresser au sujet tout entier, quel que soit son état. "N'est il pas regrettable que, dans certains établissements où un esprit d'animation commence à se développer, celle ci soit uniquement réservée, faute de personnel et de moyens matériels, aux seules personnes encore valides ?" D'autre part, une animation globale ne saurait être le fait d'un seul animateur : "C'est dire que, si tout le vieillard est concerné, tous ceux qui l'entourent le sont aussi". Tout le personnel doit participer à l'animation et ce n'est pas toujours chose facilement réalisable...

Récemment le Professeur Cuny nous parlait des efforts entrepris à la maison hospitalière Saint Charles : intervention régulière d'un psychologue, présence de deux kinésithérapeutes, et aussi collaboration avec un groupe de bénévoles diversifié et dynamique.

Plus encore que ses propos, le centre de réadaptation de Bainville sur Madon - à la réalisation duquel il a beaucoup participé - montre à la fois le réalisme du docteur Cuny et sa volonté de lutter contre le pessimisme systématique trop fréquent chez les médecins et les personnels qui ont affaire à des personnes âgées.

La conviction du docteur Cuny est assez forte, nous avons pu le constater, pour entraîner celle des gens qui travaillent avec lui. A s'occuper de rééduquer des vieillards devenus invalides à la suite d'une affection ostéo-articulaire, d'une hémiplégie ou d'une amputation, tous ont le sentiment d'une action efficace et valorisante tant pour les malades que pour eux mêmes.

Le Centre permet de prouver "que la rééducation des infirmités motrices des sujets âgés ne représente pas une méthode d'exception applicable seulement à quelques sujets sélectionnés". Les résultats obtenus à Bainville sont bien connus, par tous les rapports et les articles publiés à son sujet, en particulier par Madame Tenette.

Nous voulons plutôt insister sur l'attitude envers la personne âgée qui règne au centre, une sorte de foi dans ses facultés d'adaptation et de changement - élément qui nous paraît indispensable à toute entreprise d'animation.

Les responsables du centre de Bainville sur Madon se sont intéressés au devenir de leurs clients revalidés. De ce fait, ils ont été amenés à examiner les ressources et les besoins réels de la région en matière d'hébergement de personnes âgées.

Cela les a amené à démontrer la nécessité, en complément du centre de Bainville et situé pour des raisons de commodité à côté de lui, d'un centre pour accueillir en "long séjour" les malades revalidés mais ne pouvant pas rentrer chez eux.

Actuellement, ces vieillards sont dirigés sur l'hospice ou sur des maisons non équipées. Et l'on assiste à une détérioration rapide des résultats obtenus, par suite du manque de personnel infirmier, et de l'absence de services de kinésithérapie et d'ergothérapie. L'autonomie partielle péniblement acquise disparaît donc et fait place à la dépendance absolue, parfois à l'état grabataire.

Le futur établissement de long séjour projeté à proximité de Bainville pourrait, en dehors du souci "hotelier" que devrait avoir tout établissement de ce genre, bénéficier des meilleurs soins, grâce aux équipes déjà existantes au centre.

Nous noterons avec intérêt que, dans le projet en question, l'animation est déjà prévue, comme un élément thérapeutique indispensable.

L'Hôpital - Hospice de Tonnerre.

Ici il ne s'agit pas d'une expérience spectaculaire réalisée à grands frais mais de la transformation en profondeur d'un état de choses existant, réalisée presque sans moyens matériels grâce à l'optimisme, au réalisme, à la persévérance du directeur, Monsieur Miginiac.

Nous avons visité l'hospice de Tonnerre et constaté de nos yeux la grande misère à laquelle l'administration de l'hôpital a du faire face. Dans un grand bâtiment de style néo-grec et datant de 1850 sont groupés l'hôpital, aux deux étages "nobles" et l'hospice, dans les combles, plus une salle de grabataires au premier étage.

La prochaine ouverture de nouveaux batiments qui accueilleront l'hôpital permettra de décongestionner l'hospice et de lui procurer une installation beaucoup plus satisfaisante. En attendant, tous les traits caractéristiques de l'hospice se retrouvent : pas d'ascenseur, des locaux surencombrés, un confort insuffisant etc...

Mais en même temps, on ne peut être que frappé par l'ambiance que l'on rencontre dans ces salles, si différente de ce à quoi nous a habitué la fréquentation des hospices de la région parisienne.

Nous parlerons peu de la maison de retraite construite selon les normes les plus modernes, il y a quelques années, dans l'enceinte de l'hôpital. Les conditions de vie y sont bien entendu beaucoup plus faciles. Néanmoins elle bénéficie également de l'esprit général d'animation.

Comment Monsieur Miginiac a t'il procédé ? Il nous l'a expliqué, il l'a écrit dans plusieurs articles, et nous allons essayer de le suivre dans son exposé.

Deux questions préliminaires : les locaux et le personnel. Des locaux, nous diront peu de chose, sinon que, sans frais, avec l'équipe d'entretien de l'hôpital, avec de simples jeux de couleur vive, avec quelques rideaux, avec le souci du détail, on est arrivé à rendre presque accueillant des locaux qui auraient pu être sordides. Mention doit être faite de l'aménagement, dans une vieille cave en demi sous-sol, d'un foyer spacieux, assez clair et souriant.

La question du personnel est plus difficile. A son arrivée, Monsieur Miginiac avait trouvé dans ce service un personnel en nombre insuffisant et fort peu enclin à améliorer la qualité du service : être affecté à la section "hospice" correspondait à ce moment à une punition ! On ne trouvait là que le personnel dont on n'avait plus voulu dans les services actifs. Les efforts faits pour l'intéresser davantage à son travail sont demeurés vains et il a fallu recommencer avec une équipe neuve, secteur après secteur. Au personnel nouveau, on a cherché - et réussi - à "inoculer le virus", c'est à dire à faire prendre conscience de ce que chaque vieillard avait sa personnalité, était non pas un être à part mais un être marqué par la vie.

Quelle formation donner à ce personnel ? Il n'existe rien même dans les écoles d'infirmières. Organiser des sessions, donner des conférences ? Cela se fera peut être mais jusqu'ici la formation "gérontologique" du personnel de l'hospice s'est plutôt faite "sur le tas" et par des contacts personnels ou par l'exemple, avec toujours le souci de former une équipe homogène "du directeur à la femme de ménage".

Les locaux étant aménagés, le personnel renouvelé, comment s'y prendre pour améliorer l'ambiance de l'hospice, y rendre la vie supportable, apporter l'animation ?

Monsieur Miginiac ne développe pas de grandes théories intellectuelles; il ne préconise pas de bouleversements spectaculaires. Il procède par petites touches, des expériences qui réussissent - ou qui échouent sans que l'on dramatise. Toujours avec un sens aigu de la personne du vieillard et du respect que l'on doit lui témoigner; et un bon sens qui ne s'embarrasse pas de préjugés.

Nous ne pouvons pas ici retracer tout l'historique de ces quatorze années à l'hospice de Tonnerre. Nous relèverons simplement quelques points qui nous paraissent caractéristiques.

Le sens de l'accueil d'abord. Pas d'hôtesse d'accueil, solution jugée superficielle; mais un contact préalable avec le vieillard, à qui l'on présente l'hospice, chaque fois que cela est possible. Le vieillard qui arrive est confié à une surveillante qui l'introduit auprès des autres pensionnaires et demande à un de ceux-ci de s'occuper du "nouveau". Mais "l'accueil est aussi autre chose; il doit se poursuivre au delà, pendant tout le séjour du vieillard à l'établissement". Il s'agira d'être toujours disponible pour écouter le vieillard (savoir écouter !) et l'aider à résoudre ses problèmes.

Il faut ensuite aménager une atmosphère de liberté. "La liberté a un ennemi terrible : il s'appelle Le Règlement ! Et il est si facile d'interdire sous prétexte de règlementer. L'individu s'épanouit dans la liberté. Notre vieillard va y trouver sa raison de vivre. Chez nous aussi, la limite interviendra lorsque la liberté des uns portera atteinte à celle des autres". Heures plus souples de visites, pas de limitation pour les sorties, libre choix des activités, maintien des liens avec les groupements extérieurs sont des signes de cette libéralisation.

A cette notion de liberté, Monsieur Miginiac rattache aussi une de ses réalisations les plus connues : le repas à la carte. qui comporte le choix entre une cinquantaine de plats. "Chaque jour, un menu type est proposé pour le lendemain et chacun l'agrémenté à sa façon ou le modifie à volonté. Dans la journée du vieillard, le choix du repas occupe trois quarts d'heure et chacun y participe activement, sans contrainte, conseillé par l'infirmière". De plus "chaque pensionnaire peut confectionner lui même les plats de son choix et obtenir de l'économat viande, légumes, desserts non cuits."

L'animation proprement dite a démarré avec l'ouverture du "foyer" dans la cave aménagée dont nous avons parlé. Le réalisme sans préjugé de l'opération se révèle très clairement à un détail : "Un dicton populaire veut que l'on n'attrape pas les mouches avec du vinaigre; nous avons "attrapé" nos vieillards par leur point faible, et le seul sur lequel ils font l'unanimité : le vin. Un bar a été installé, un débit de boissons créé et une licence

obtenue du service des contributions directes... et notre foyer a été rapidement fréquenté".

Dans ce foyer, la bibliothèque compte beaucoup de clients; des jeux sont à la disposition des pensionnaires et donnent lieu à des compétitions; un film est présenté chaque semaine; les anniversaires sont souhaités et font l'objet d'un cadeau personnalisé etc... La télévision avait d'abord été installée dans ce foyer, mais était peu suivie en raison de l'heure tardive des programmes : on l'a alors supprimée là et on a installé un poste dans la salle commune de chaque service.

Chaque année des excursions sont organisées avec visite soit de châteaux soit de réalisations modernes comme l'aéroport d'Orly. Chaque année aussi, et de plus en plus, des pensionnaires sont envoyés en vacances.

Les activités manuelles sont suscitées. Les activités féminines classiques se sont développées sans beaucoup de difficulté au départ : tricot, dentelle, broderie; on est passé ensuite aux animaux en skaï ou fil de fer ou en feutrine, au tissage, à la confection de poupées etc...

Mais cela était, au début, limité aux personnes qui fréquentaient le foyer. On a voulu l'étendre aux personnes qui ne pouvaient pas ou ne voulaient pas y venir. "Un après midi, dans la salle à manger ou dans la salle de séjour du service, la surveillante l'infirmière et les aides soignantes se sont attablées autour d'une tasse de thé ou de café, avec des petits gâteaux, et, sous prétexte d'apprendre une technique, elles ont commencé chacune un ouvrage différent. L'une après l'autre s'ouvrait une porte de chambre, apparaissait un visage ridé ou une chevelure blanche ; la curiosité ou peut être la gourmandise l'emportant, un groupe compact se formait autour du personnel au travail." Grâce à ce genre de stratagème les petits travaux ont eu de nouvelles adeptes. Ensuite, on a réussi également à les introduire dans le service des grabataires.

Les hommes ont été dans l'ensemble plus réticents pour trouver des activités à leur goût. Il y a eu plusieurs échecs. Seules la menuiserie et la vannerie ont connu quelque faveur - ou la participation aux travaux de l'établissement et spécialement le jardinage.

Un des succès les plus remarquables de Tonnerre a consisté à "amener la fête à l'hospice". C'est grâce à un membre du personnel, ancien clown, très doué pour monter de petits spectacles, que cela a pu se réaliser. Chaque mois une ou deux représentations - et Monsieur Miginiac souligne : de qualité - sont données, suivies par la plupart des pensionnaires, occasion de distraction, parfois clôturée par un bal. De temps à autre il est fait appel à des organismes extérieurs, cirque, chorale, orchestre, conférences même, suivies de discussion etc...

"Il suffit de regarder autour de soi, il y a partout des bonnes volontés. Elles se trouvent facilement si l'on veut bien s'en

donner la peine... Et tout le monde est très enthousiaste ... Mais il semble que l'activité manuelle a fortement diminué et presque disparu dans certains secteurs au bénéfice de l'animation "nouvelle formule", et cela n'est pas sans inconvénient car l'excitation de la fête fatigue le vieillard alors que le travail manuel oblige l'individu à faire un effort nécessaire et fait appel à son initiative".

Il faudrait pouvoir parler aussi d'une autre expérience, menée en liaison avec l'hôpital-hospice de Tonnerre : la maison de retraite de Ravières, bourg campagnard de 1.500 habitants à 35 kms de la ville. Le même genre d'animation a été introduit dans cet établissement de cinquante lits. De plus, un dispensaire et un centre de soins à domicile ont été ouverts dans la maison. Mais surtout, les personnes âgées de la localité peuvent venir prendre leurs repas dans la maison de retraite et cela crée des liens entre la petite ville et l'établissement qui transforment complètement l'image traditionnelle de l'hospice.

Quelques mots enfin des projets. Un des principaux, bien entendu consiste dans l'extension de l'hospice à tout le bâtiment laissé disponible par le prochain déménagement de l'hôpital.

Mais d'autres projets sont dans l'air. Un centre d'enfants handicapés doit bientôt être construit à l'intérieur de l'hôpital. Monsieur Miginiac voudrait construire près de ce centre une nouvelle maison - genre foyer logement - pour des personnes âgées, de façon à pouvoir établir des échanges affectifs entre deux des catégories qui en ont certes le plus besoin : les enfants infirmes et les vieillards.

Parmi les projets à long terme, on peut ranger la politique de formation du personnel. Monsieur Miginiac, déplorant comme tous les directeurs d'hôpital, le manque d'infirmières, est parvenu avec beaucoup de persévérance à en obtenir de nouvelles par l'accent mis sur la promotion sociale. Les écoles d'infirmières peuvent normalement accueillir des aides soignantes désireuses de pousser plus avant leurs études. Il y a de tels obstacles, de telles réticences que cette possibilité reste la plupart du temps lettre morte. A l'hôpital de Tonnerre, cela est pratiqué de façon quasi systématique; ces élèves infirmières ont parfois plus de mal que les autres à accrocher aux cours théoriques; mais pour la pratique, elles sont bien supérieures; et, à la sortie, elles font d'excellentes infirmières.

Cependant, l'hôpital-hospice de Tonnerre aimerait voir introduire dans les cours prodigués aux infirmières, pendant l'école, ou à l'occasion de sessions après l'école, des notions de psychologie du vieillard. Et aussi voir mettre sur pied des stages de qualification pour animer hospices et maisons de retraite.

Nous avons certainement oublié des éléments intéressants dans notre description; mais nous avons voulu surtout faire ressortir l'optimisme et le réalisme qui ont permis à un hospice des plus

traditionnels de se transformer en un établissement accueillant et où les vieillards ont retrouvé une certaine joie de vivre.

L'hospice de la Charité à Saint Etienne.

Nous pouvons parler de cette expérience grâce au rapport qu'a établi par Mademoiselle Brisard, l'initiatrice de cette entreprise d'animation pour une des sessions de formation organisées par le G E R S P P A.

C'est une assistante sociale qui est en poste à l'hospice de la Charité de Saint Etienne depuis 1957. Progressivement, elle a réussi à constituer une équipe. Elle écrit : "notre équipe de travail pense qu'il est maintenant nécessaire d'exposer le déroulement de cette expérience, car elle peut être utile, à titre d'exemple, à d'autres établissements du même genre désireux d'entreprendre une animation".

Le cadre de l'expérience est l'hospice traditionnel d'une ville importante. Un ensemble qui compte plus de sept cents lits. Contrairement à ce qui se passe à Ivry, il y a une forte proportion d'handicapés physiques ou mentaux jeunes ou relativement jeunes qui n'ont pas trouvé dans la société des structures familiales ou autres qui leur auraient permis de vivre ailleurs. De cela il résulte un mélange des âges : "C'est la différence avec les maisons de retraite, qui ne reçoivent que des personnes âgées et même, en principe, des personnes âgées valides physiquement et psychiquement." L'auteur mentionne d'ailleurs que la situation évolue : "il y a dix ans, on nous envoyait des enfants"...

On trouve d'ailleurs à l'hospice de la Charité quelques enfants débiles profonds ou atteints de graves troubles mentaux; et beaucoup d'adolescents ou de jeunes adultes sortant des hopitaux psychiatriques. Les personnes âgées qui arrivent sont souvent des malades.

Tout cela fait un mélange qui peut paraître un peu affolant de "déchets", de gens rejetés de partout, qu'il s'agit d'accepter ici et d'accueillir le mieux possible, en attendant de pouvoir les répartir dans des institutions adaptées et suffisantes... quand celles ci verront le jour.

Mademoiselle Brisard raconte une tentative très saine, très réaliste, dont le but a été de permettre à cet hospice, à cette sorte de "fourre-tout social" de vivre, avec et malgré ses insuffisances.

"Il est possible, écrit elle, d'améliorer d'abord les conditions de la vie intérieure de ces établissements par l'animation, en créant un véritable "esprit maison". Le mélange de population n'est pas pour nous un gros handicap. Aucune institution n'est franchement mauvaise". Saluons au passage : ce sont des choses que peu de gens ont le courage d'écrire.

La tentative de Mademoiselle Brisard a commencé, comme un peu partout, en créant, à côté du travail volontaire, un petit atelier de rotin. Puis, on a voulu étendre à d'autres activités. Le directeur de l'établissement s'est intéressé à la chose et a demandé que soient fabriqués des objets utiles au centre hospitalier. Pour cela, il a alloué quelques fonds afin d'acheter le matériel nécessaire et aussi afin de constituer une "rémunération globale" qui a été versée à la Supérieure (l'hospice est tenu par des soeurs) pour être utilisée entièrement au bénéfice des nouveaux travailleurs.

C'est ainsi qu'ont été abordées la fabrication de classeurs et de corbeilles à papier, la reliure des livres de la bibliothèque de l'hôpital etc...

Ensuite est née l'idée d'organiser un système de récompense pour les travailleurs : cadeaux de Noël pour chacun, voyage à la mer, dès 1960, à la demande des pensionnaires - surtout les jeunes semble t'il.

"Le décret de novembre 1963 autorisant l'introduction dans les hôpitaux de travaux à façon et permettant la vente des objets fabriqués... fut pour nous un véritable coup d'envoi pour développer nos activités sur tous les plans et donner une possibilité d'ouverture sur l'avenir".

Entre 1963 et 1965 de nouvelles activités sont nées : atelier de poterie, fabrication de pinces à linge... Et en même temps on essayait de mettre en pratique la gestion directe, selon les formes prévues par le décret, ce qui développait les liaisons entre le personnel et la direction.

Vers la même époque, Mademoiselle Brisard obtint que le prix de journée de l'hospice pendant l'absence que représentaient les voyages - de plusieurs jours et de plus en plus à caractère culturel - organisés par l'équipe soit reversé au pensionnaire, ce qui permit d'augmenter très sensiblement le nombre des bénéficiaires de ces voyages.

Les relations entre les membres de l'équipe commençaient à se structurer : en 1967 on mit sur pied de petites réunions de travail entre le médecin, les assistantes sociales, les moniteurs bénévoles et les religieuses pour régler en équipe les difficultés, toujours nombreuses, qui se présentaient et établir ensemble un plan de travail pour l'avenir.

C'est au cours de ces réunions, par exemple, qu'il fut décidé d'organiser un système d'achat de cadeaux avec les tickets de présence à l'atelier pour ceux qui ne pouvaient bénéficier des voyages. Cette décision fut un grand encouragement pour tous les malades et cela a permis d'attirer de nouveaux adeptes.

En même temps la qualité des objets fabriqués s'améliorait, à tel point que l'on proposa des stages de perfectionnement à quelques pensionnaires. C'est aussi en 1967 que l'on se préoccupa de permettre à des alités de partager le même genre

d'activités. Toujours en même temps, un spectacle est préparé par les vieillards pour la fête de Noël de l'hospice.

L'équipe ne voulait pas rester sur elle même et souhaitait au contraire une ouverture sur l'extérieur. L'union départementale des associations, en particulier, prêta un local pour une première exposition-vente en 1968. En 1968 également, fut installée dans l'hospice une cafeteria ouverte aux pensionnaires et où l'on pouvait payer grâce aux "tickets de présence" précédemment cités et pour lesquels le système des cadeaux s'était révélé trop onéreux.

Pour stimuler les efforts, pour vaincre la résistance de certains vieillards, pour susciter l'émulation, des concours-exposition de travaux sont organisés avec un nombre de participants qui surprend les organisateurs eux mêmes.

La collaboration des élèves de service social de la ville a été obtenue : ces élèves viennent aider les personnes âgées à choisir des objets à réaliser, à élaborer le programme de Noël qui comporte une grande participation des pensionnaires, à mettre au point les activités théâtrales.

En 1969 est lancé un journal trimestriel entièrement rédigé par les pensionnaires eux mêmes. Toujours dans l'optique de l'ouverture sur l'extérieur, un stand est consacré à l'hospice à la Foire de Saint Etienne, offert par la municipalité. La même année, se monte une chorale de dames âgées; des concerts sont donnés par un pensionnaire accordéoniste; on commence à souhaiter les anniversaires.

Les réunions continuent : réunions de travail avec le personnel, réunions d'information pour les "dames visiteuses" et pour les familles des pensionnaires.

L'Office Stéphanois des Personnes Agées invite les pensionnaires à des séances de cinéma à la Maison de la Culture. Il est même proposé un "séminaire" aux personnes âgées. Des projections de films et de diapositives sont organisées pour les alités. Des sorties d'une seule journée sont proposées aux plus handicapés, qui ne peuvent partir pour plusieurs jours.

L'expérience de Saint Etienne, comme celle de Tonnerre, n'a pas un caractère spectaculaire. L'hospice reste vétuste, exigü, mal commode. Il faut trouver des activités qui ne prennent pas de place ! Il n'y a pas de service de kinésithérapie; il n'y a pas d'ergothérapeute : l'équipe le déplore et souhaite qu'il soit remédié à ces manques.

Mais on peut souligner les résultats positifs : une très sensible amélioration psychologique qui entraîne la disparition des petites disputes entre vieillards, par exemple. Les personnes âgées sont moins passives. Elles découvrent des besoins nouveaux - à l'occasion des cadeaux : rasoir électrique, appareil de photo etc... - des goûts nouveaux, pour les voyages en particulier; la fréquentation de la bibliothèque a beaucoup augmenté;

certains illettrés ont demandé à apprendre à lire.

Mademoiselle Brisard conclut, au nom de l'équipe : "Nous aimerions que les hospices puissent nommer un responsable de l'animation qui pourrait coordonner les diverses activités et loisirs qui imposent une préparation matérielle importante, développer et intensifier les réunions d'information du personnel, des bénévoles et surtout des familles qui nous paraissent essentielles pour lutter contre le désintérêt progressif qu'elles manifestent à l'égard de leurs personnes âgées placées et que toutes les maisons de retraite constatent et déplorent.

"Les hospices devraient aussi pouvoir s'ouvrir sur l'extérieur, quand les locaux le permettent, et devenir des sortes de "centres de jour". Pourquoi aussi ne pas envisager d'accueillir les personnes âgées du quartier dans les ateliers d'activités et aux repas ? Les pensionnaires plus jeunes au contraire devraient pouvoir aller travailler à l'extérieur. Pour eux, l'hospice deviendrait alors une sorte d'"hôpital de nuit"."

- Vers la maison médicale de retraite.

Si Serre Cavalier représente le centre pour personnes âgées le plus moderne de France, on voit à Tonnerre, à côté de l'hôpital hospice, un grand bâtiment du XII^e siècle, désaffecté aujourd'hui, mais qui était jadis l'Hôtel Dieu.

On se surprend à faire quasi-involontairement un rapprochement. Les Hôtels Dieu médiévaux, destinés à accueillir les invalides et les indigents étaient des bâtiments magnifiques. Si les conditions de vie à l'intérieur n'étaient pas toujours idéales, il faut tenir compte des mœurs de l'époque : on n'était pas plus mal à l'Hôtel Dieu qu'ailleurs. Mais à travers les siècles, on assiste à une dégradation de l'accueil du pauvre, du vieillard pauvre en particulier. L'Hôpital Général créé au "Grand Siècle" présentait encore des bâtiments superbes; mais, pour le coup, la vie à l'intérieur ressemblait plus à celle d'une prison qu'à quoi que ce soit d'autre.

Au XIX^e siècle, pour accueillir les vieux ouvriers sans famille se bâtissent un peu partout les hospices que nous voyons encore aujourd'hui. Dans une société prospère, à l'aube de la "belle époque", c'est le règne de l'immense salle commune, des règlements draconiens - la seule distraction connue des pensionnaires étant la boisson - des entassements de vieillards pauvres et déconsidérés parqués aux portes de la ville.

Où en sommes nous aujourd'hui ? Serre Cavalier indique-t-il un retour à la magnificence du passé ? Hélas, c'est aujourd'hui encore une exception. Partout les bâtiments du siècle dernier sont toujours là et extérieurement rien n'a changé. Pourtant le "recrutement" n'est plus le même. On n'entre plus à l'hospice parce qu'on n'a pas assez de ressources - sauf exception toujours possible mais de plus en plus rare. On y arrive parce que c'est la seule solution pour les vieillards handicapés

physiquement, incapables de rester chez eux et (la question argent joue encore ici) n'ayant pas les moyens de se payer les services extérieurs coûteux qui leur permettraient de le faire.

Comment la situation se présentera t'elle demain ? Les études démographiques et gérontologiques nous permettent d'en avoir une idée.

La démographie est formelle : le nombre de vieillards va en augmentant, spécialement le nombre de grands vieillards : en 1980, il y aura en France un million d'octogénaires de plus qu'aujourd'hui.

La gérontologie est plus partagée. On espère que, en avançant en âge, les vieillards de demain se porteront mieux. Mais certains pensent que beaucoup de ces vieillards feront un jour ou l'autre des grabataires - dont la médecine pourra prolonger la vie assez longtemps.

D'autres pensent que, tant que les conditions de vie, d'hygiène, de travail, du Français moyen ne se seront pas véritablement transformées, on continuera à voir une proportion importante de vieillards plus ou moins invalides, plus ou moins impotents.

En tout état de cause, la prévision démographique emporte la conviction; et l'on peut affirmer que l'on aura demain davantage de vieillards et presque à coup sûr davantage de vieillards privés d'une autonomie physique et mentale suffisante pour vivre chez eux ou en foyer-logement.

Lorsqu'en face de ces pronostics, on regarde les textes officiels ou les prévisions du VI^e plan, on ne peut se défendre d'une certaine inquiétude. Les tendances actuelles vont vers le foyer-logement - qui ne comporte aucune solution autre que l'hospice lorsque la personne âgée devient impotente - vers la construction de quelques centres de gériatrie (soins intensifs pour personnes âgées) et de quelques centres de rééducation : toutes choses excellentes mais dont on peut déjà dire que cela sera insuffisant.

L'accent est mis aussi - dans les textes - sur le développement de l'aide à domicile, qui peut effectivement aider le vieillard semi valide - pas le véritable invalide - à rester chez lui. Mais lorsqu'on est conscient du retard français dans ce domaine - songeons que, sur près d'un million de vieillards dans la région parisienne, sept mille seulement bénéficient d'une aide ménagère ! - et de la parcimonie des moyens de financement envisagés, on est obligé de constater que tout reste à faire pour affronter la "vague" d'octogénaires prévue par les démographes.

Et pour remplacer l'hospice, qu'y a t'il de prévu ? Pratiquement rien. Les projets comme celui de l'établissement de long séjour que nous avons mentionné pour Nancy relèvent d'initiatives pilotes. Ailleurs, l'hospice demeure et demeurera - car,

l'expérience nous l'apprend, un établissement de ce genre se remplit toujours; si on construisait aujourd'hui de grands hospices, ils seraient pleins demain...

Ne soyons pas trop pessimistes. Disons que l'hospice d'aujourd'hui sera amélioré (et débaptisé) et que l'on construira des "établissements de long séjour" ou des "maisons médicales de retraite" qui ressembleront plus, nous l'espérons, à Serre - Cavalier qu'à Ivry.

Mais soyons conscients de ce que, quelle que soit l'allure des bâtiments, quel que soit le nom qu'on leur donne, à partir du moment où il y aura à la fois concentration de vieillards (et nous avons déjà vu que certains pensaient que trois cents lits n'étaient pas suffisants pour être "rentables"), implantation en dehors des quartiers vivants de l'agglomération (ce que le prix des terrains rend souvent inévitable) et insuffisance numérique du personnel (ce qu'on peut malheureusement craindre), le phénomène "hospice" sera là, et demandera des solutions en vue de "l'humanisation" et de "l'animation".

Les textes officiels qui parlent de ces questions d'humanisation et d'animation abordent deux sortes de considérations, importantes, d'ailleurs, mais passent trop souvent à côté de l'essentiel.

Il est d'abord fait mention d'améliorations d'ordre matériel; et personne n'en contestera la nécessité. La grande salle est condamnée, Dieu merci ! La chambre individuelle est rare dans les projets - mais des expériences étrangères ont montré que, pour des vieillards invalides, elle donnait souvent de mauvais résultats. Chambres à plusieurs, par conséquent, et nous ne pensons pas qu'il y ait de chiffre optimum unique; il est préférable d'avoir une variété de solutions.

Sanitaire, ascenseurs, pièces communes, postes de télévision etc... dans tous ces domaines, les mesures qui s'imposent sont prévues. Notons que l'on ne parle guère du téléphone qui, dans certains cas, pourrait apporter au vieillard un lien avec l'extérieur irremplaçable.

Rééducation et ergothérapie sont également inscrites dans les améliorations à prévoir. Nous ne pouvons que nous en féliciter, lorsque nous voyons tout ce qui manque encore dans ce domaine. Cependant il est certain que, à l'arrivée dans la maison médicale de retraite, il sera en principe bien tard pour espérer une amélioration véritable (si les traitements appropriés ont été suivis antérieurement). Il s'agira plutôt de maintenir la personne âgée dans l'état où elle se trouve, de l'empêcher de se dégrader. De plus, comme disent les infirmières d'Ivry, tout cela, c'est de l'occupation. Souhaitons d'ailleurs que le respect du vieillard soit assez grand pour que l'on n'impose pas des exercices pour lesquels ils n'auraient aucun goût à des personnes dont la seule ambition sera peut être de mourir en paix.

L'essentiel oublié, le vrai problème, c'est bien entendu celui des relations entre les vieillards et l'entourage - en pratique, entre les vieillards et le personnel. Nous n'avons pas de solution toute faite à proposer. En règle générale, une des premières mesures qui s'imposerait serait d'augmenter le nombre du personnel, premier temps déjà bien difficile à réaliser. Il faut aussi améliorer ses conditions de travail avec tous les outils que le progrès technique met à notre disposition. C'est nécessaire, mais cela aussi ne résoudra rien en profondeur.

Les deux éléments qui nous paraissent primordiaux et sur lesquels à notre avis, il faudrait faire porter les efforts sont les suivants :

- une transformation des mentalités : les vieillards arrivent à l'hospice - ou dans la future maison médicale de retraite - en mauvais état physique et mentalement un peu prostrés; les structures actuelles de l'établissement ne font qu'aggraver ces deux tendances. Aujourd'hui, le personnel, prisonnier de ces structures, éprouvant le besoin de se défendre lui-même, ne peut considérer ces vieillards que comme des êtres à part, des gens différents d'eux mêmes ou, à la limite, des objets. Il est indispensable de parvenir à une véritable révolution des esprits qui permettra de considérer ces vieillards comme des personnes humaines comme les autres : des gens diminués physiquement, certes, mais dont la personnalité reste entière, des gens capables de réagir, de s'intéresser, de s'émouvoir, des gens qui ont envie d'aimer et d'être aimés.

- une transformation dans le recrutement et la formation du personnel. Ici, la question est très délicate. A Tonnerre, nous l'avons mentionné, le directeur a été obligé de changer tout le personnel du service "hospice". Une telle solution n'est évidemment pas envisageable ni recommandable.

Nous pouvons par contre recommander l'idée mise en pratique à Serre Cavalier où elle paraît donner d'excellents résultats : prendre des infirmières sortant de l'école et qui resteront là deux ou trois ans avant d'aller dans un autre service hospitalier. Leur jeunesse d'une part, le fait de ne pas s'exposer à passer toute leur vie professionnelle dans un service qui peut être considéré comme déprimant, d'autre part, devraient permettre à ces éléments nouveaux de contribuer beaucoup à la transformation de l'ambiance de l'hospice.

Nous ne pensons pas qu'il faille rendre le passage à l'hospice obligatoire pour les infirmières sortant de l'école : on ne peut pas imposer cela. Mais on peut s'efforcer d'en faire une option attirante et formatrice. On pourrait envisager d'ailleurs d'étendre cela aux autres membres du personnel de l'équipe médicale.

L'appel à des bénévoles, rencontré à Serre Cavalier et à Saint Etienne, conseillé par des textes officiels, est un problème difficile. En fait, nous ne pensons pas que l'introduction de bénévoles puisse donner de très bons résultats sur l'ambiance

générale de l'établissement tant que les problèmes du personnel, de sa formation, de ses relations avec les vieillards n'ont pas été réglés.

En dernier lieu, il faut rappeler aussi que les différents problèmes de la vieillesse - l'hospice ou la maison médicale de retraite en sont un - ne peuvent pas s'aborder séparément. Il faut les examiner, les raisonner dans le cadre d'une action de secteur - type Grenoble ou XIII^e arrondissement.

L'aide à domicile - le centre de rééducation - l'établissement de long séjour etc... tout se tient. Les vieillards qui auront fréquenté les "clubs" pendant des années seront, on peut l'espérer, plus ouverts, moins passifs que ceux d'aujourd'hui. Par contre si la rééducation est insuffisamment faite en secteur urbain, l'hospice risque d'être encombré de faux invalides qui peuvent en devenir de vrais etc...

Ici aussi tout est à faire car, il y a quelques années, la collaboration entre institutions diverses n'était même pas envisagée. Heureusement, il y a eu depuis lors, beaucoup de chemin de fait et l'on peut être, dans ce domaine, raisonnablement optimiste.

C O N C L U S I O N

Parvenus au terme de notre étude, nous ne voudrions pas qu'il s'en dégage des conclusions trop pessimistes. Il est vrai que l'hospice d'aujourd'hui est un monde assez déshumanisé. On comprend bien la tentation de l'ignorer purement et simplement, ou de dire que c'est une survivance en voie de disparition. Notre travail voudrait aboutir à davantage de lucidité et de réalisme, conditions indispensables pour une véritable progression dans ce domaine.

L'ouvrage de Madame Petit Liévois que nous avons analysé dans notre premier chapitre décrit l'animation d'un groupe de personnes âgées. L'auteur fait le tour de la question - mais seulement en ce qui concerne les vieillards à peu près valides. Ses propos ne sont pas applicables à l'hospice. On peut simplement en retenir quelques grandes orientations. Nous ferons nôtres ces deux affirmations : l'animation est avant tout une question d'attitude envers la personne âgée et, de façon plus générale : l'animation n'est pas une technique mais une manière d'être.

La première division de l'Hopital-Hospice d'Ivry, telle que nous avons cherché à la décrire dans notre second chapitre présente un visage décourageant : d'un côté, des vieillards mal en point physiquement, une proportion importante de grabataires, un phénomène général de repli sur soi et de manque de communication; de l'autre côté, un personnel insuffisant en nombre, écrasé par les tâches matérielles, sans aucune préparation pour le travail qui lui est demandé. Entre ces deux groupes, une difficulté constante de relation - pour ne pas dire une quasi-absence de relation véritable.

Les réunions que nous avons commencées à la demande des responsables et dont nous décrivons le déroulement dans notre troisième chapitre, doivent continuer. Elles permettent de faire prendre conscience plus clairement de certains problèmes; elles aident à dégager les causes de certains conflits. Mais il est évident qu'elles ne suffiront pas à apporter la solution. Elles aideront peut être à la construire.

Dans notre quatrième chapitre, nous avons passé en revue quatre expériences françaises actuelles. Cela nous a permis de soulever les différents problèmes de l'hospice et de ce qui doit le remplacer demain, sans perdre de vue que le but des futures "maisons médicales de retraite" est en fait le même : des services publics où viendront finir leurs jours des personnes qui n'auront pu trouver d'autre solution, faute de ressources, souvent, mais surtout à cause de handicaps physiques ou psychiques tels que le maintien dans la société s'avère impossible, ou trop onéreux pour la collectivité.

Nous sommes là devant un jeu de trois forces qui collaborent nécessairement et qui se contrecarrent inévitablement une sorte de drame à trois personnages - il devrait y en avoir un quatrième : le vieillard ou l'handicapé; mais pour l'instant, ce n'est pas un personnage, c'est l'objet du débat - qui se déroule entre la Science (représentée par le médecin), les pouvoirs publics (législateur et administration) et la conscience générale qui inspire plus ou moins les deux autres et qui peut être concrétisée par les familles des pensionnaires.

Toutes les conditions sont réunies là pour rendre encore plus difficile que pour toute collectivité occasionnelle le problème de l'animation dans de tels établissements. L'animation, c'est à dire l'organisation des relations entre les membres de cette nouvelle mini-société, qu'il s'agira de maintenir en communication constante avec un groupe social plus vaste, notre société.

Des moyens comme l'implantation à proximité de centres de soins, d'établissements de court et de moyen séjour, l'amélioration du confort matériel ne suffiront pas. Et comment trouver l'équipe soignante formée à cette réalité ?

Les solutions ne se trouveront qu'en resituant le problème de l'hospice dans une politique plus vaste. Nous dirons mieux : il s'agit d'un problème de civilisation. Une civilisation ne se juge t'elle pas en partie par la définition qu'elle se donne consciemment ou non de la vieillesse - ou de l'inadaptation sociale - et au genre d'efforts qu'elle lui consacre ?

- 72 -

B I B L I O G R A P H I E

- - - - -

- Aline (Soeur) : Ergothérapie et animation des loisirs - Economie et humanisme. N° 194 - Juillet 1970.
- Balier (Docteur Claude) : Hygiène mentale et vieillissement - dans : Progrès en gérontologie. Flammarion 1969.
- d° Vie collective et vieillissement.- Confrontations Psychiâtriques. - Spécial - N° 5 - 1970.
- Balier (Dr C.) Bourgeron (G. et J.M.) et Ferry (M) : Enquête sur les besoins médicaux et sociaux des personnes âgées du XIII^e arrondissement - Bulletin de l'INSERM N° 2. 1968
- Balvet (Docteur) : le psychiâtre devant le vieillard - Rapport présenté à Lyon aux journées de gériâtrie. Dec. 1967.
- Beauvoir (Simone de) : la Vieillesse. Gallimard. 1970.
- Bourlière (Professeur F.) : Senescence et sénilité. Paris. Doin. 1968.
- Bour (Professeur) et Gros (Docteur) : Vieillesse et longévité dans la société de demain. - P.U.F. 1968.
- Bour (Professeur) et Aumont (Michèle) : le troisième âge, prospective de la vie.- P.U.F. 1969.
- Bioy Casarès (A.) : le journal de la guerre au cochon. -Robert Laffont. 1970.
- Brisard (Mademoiselle) : de l'ergothérapie à l'animation dans un hospice. Actualités sociales hebdomadaires. N° 732. 22 mai 1970.
- Charbonneau (Docteur) : l'hospitalisation des personnes âgées à l'Assistance Publique de Paris. Maroc Médical N° 513.1968.
- d° Rapport de synthèse concernant les différentes formes d'action sociale relatives au séjour des personnes âgées dans les établissements. Secrétariat d'Etat aux Affaires Sociales. Juin 1969.
- Chilard (Docteur Ch.) : la place des personnes âgées dans les hopitaux et hospices publics. Revue de gestion hospitalière. N° 66. Mai 1967.
- d° L'organisation de la vie sociale et du travail thérapeutique en milieu hospitalier. - Revue de gestion hospitalière. N° 33. Février 1964.

- Clermont (M.) : Formation des cadres des établissements recevant les personnes âgées. Maroc Médical. Janv. Fév. 1970
- Cuny (Professeur G.) : L'animation et les personnes âgées - sa raison d'être, sa valeur. Maroc Médical. Janv. Fév. 1970
- d° Implantation d'un service de long séjour pour handicapés physiques. Rapport inédit présenté à la Caisse Nationale Vieillesse.
- Cuny (Professeur G.) et Tenette (Docteur) : Réadaptation fonctionnelle des personnes âgées. Résultat d'un centre spécialisé. Maroc Médical. Janv. Fév. 1970.
- Cuzzanetti (Roberto) : Le développement de l'Opera Nazionale Pensionati - Bulletin d'information de l'EURAG; N° 10 - 11. 1970.
- Cipriani (J.M.) : les vacances des personnes âgées. Union Sociale. N° 183. Dec. 1969.
- C.L.E.A.R. L'Hopital en question. - Emile Paul. 1970.
- Conseil de l'Europe : Une politique médico-sociale européenne de la vieillesse. - Gérontologie 70. N° 1. Nov. 1970.
- Comité consultatif de la population et de la famille (Haut) : Politique de la Vieillesse. Documentation Française. 1962.
- Commissariat Général au Plan : Rapport sur les options de 'l'inter-groupe Personnes Agées. Janvier 70.
- Desmottes (Professeur G.) : Formation des cadres des établissements recevant les personnes âgées. Maroc Médical. Janv. fév. 1970.
- Guy (Docteur) L'hospital devant le problème de la vieillesse - Revue de gestion hospitalière N° 66. Mars 1967.
- Huet (Professeur) : La préparation à la retraite. - Evolution Médicale. N° 4. 1969.
- Hugonot (Professeur R.) : Le point sur l'expérience de l'Office Grenoblois des Personnes Agées - Après Demain N° 123. Avril 1970.
- d° Rapport de synthèse concernant les différentes formes d'action sociale relatives au séjour des personnes âgées dans des établissements. Secrétariat d'Etat aux affaires sociales. Juin 1969.
- Hugonot (Professeur R.) et Philibert (Professeur M.) : Principes d'organisation gérontologique d'une agglomération urbaine. La Santé de l'Homme. N° 166. Janv. Fév. 1970.

Louage (Yves) : Problèmes posés par la réadaptation des malades déments séniles. Centre de Formation en Psychiâtrie. L'Eau Vive. Soisy sur Seine. 1970.

Longueville (Docteur L.) Etude statistique sur les besoins de loisirs et d'activités physiques des personnes âgées. Techniques hospitalières. N° 290. Nov. 1969.

Maillard (M.) Une expérience de volontariat dans un centre de soins pour personnes âgées. Revue Hospitalière de France. N° 230. Avril 1970.

Miginiac (J.) L'hôpital de Tonnerre.- Après demain. N° 123 Avril 1970.

d° Personnes âgées et animation à l'hôpital-hospice de Tonnerre. Union Sociale. N° 187. Avr. 1970.

Monod (Docteur M.) Organisation, bilan et perspectives d'un centre de soins pour personnes âgées. Maroc Médical. Janv. Fév. 1970.

d° Intervention aux troisièmes assises nationales de l'hospitalisation publique. Revue Hospitalière de France. N° 230. Avr. 1970.

Monod (Docteur M.) et Rochaix (M.) Une expérience à multiplier : le centre de soins pour personnes âgées de Serre Cavalier. La Santé de l'Homme. N° 166. Janv. fév. 1970.

Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale : Circulaire N° 132 du 18 décembre 1970, relative à l'humanisation des hôpitaux.

Pacaud (Madame S.) Attitudes, comportements et opinions des personnes âgées dans le cadre de la famille moderne. Monographies Françaises de Psychologie. N° 16. C. N. R. S. 1969.

Pacaud (Madame S.) et Chapé (M.) : Etude sociométrique dans un service hospitalier. Revue Française de Gérontologie. N° 6. Déc. 1965.

Paillat (Paul) : Les Citadins âgés. P. U. F. 1969.

d° Les enseignements du recensement de 1968. Gérontologie 70. N° 1. Nov. 70.

Petit Liévois (Madame F.) : Etude sur l'animation dans les institutions accueillant les personnes âgées. Notes et Documents de la F.N.O.S.S. N° 26. 2ème trim. 1967.

d° Le rôle, les fonctions, la préparation du bénévole dans les activités des personnes âgées. UNIOPSS. 1969.

de la Perrière (N.) : Attitude des pensionnaires à l'égard des conditions de leur vie dans un hospice. Revue Française de Gérontologie. Janv. Fev. 1968.

Philibert (Professeur Michel) : L'échelle des âges. Le Seuil 1968.

d° L'éventail des solutions. Gérontologie 70. N° 1. Nov. 70.

d° Une expérience de préparation à la retraite. Maroc Médical. Janv. Fev. 1970.

Porot (Professeur) Introduction aux problèmes de l'accueil. Union Sociale. 1968.

Rapaille (Docteur G.) : L'animation dans un centre de jour pour personnes âgées. Revue Française de Gérontologie. Déc. 1968.

Rollant (J.) : La formation des bénévoles. Rapport publié par l'ARRCO. 1970.

Scherler (Armine) : Demain la vieillesse. Payot. Lausanne. 1970.

d° L'animation des loisirs des personnes âgées. Documents d'information et de gestion de la C N R O. Nov. 1969.

Secrétariat d'Etat à l'Action Sociale et à la Réadaptation : Circulaires du 6 avril 1970 et du 9 octobre 1970 sur l'humanisation dans les établissements pour personnes âgées.

Vignat (J.P.) Le vieillard, l'hospice et la mort. Masson. 1970.

Walquemane (H.) : l'Hopital et les personnes âgées. Revue Hospitalière de France. N° 225. Nov. 1969.

TABLE DES MATIERES

- - - - -

INTRODUCTION...	page 1
Chapitre premier : l'animation dans les institutions accueillant les personnes âgées	7
A. Animation et organisation des loisirs	8
B. Animation et travail volontaire	9
C. Animation et ergothérapie	11
D. Rôle de l'animation pour les personnes âgées	13
E. Différentes modalités de l'animation	16
Chapitre second : la réalité quotidienne de l'hospice	22
Chapitre troisième : l'apprentissage du dialogue : les réunions.	37
Chapitre quatrième : expériences françaises récentes en matière de transformation de l'hospice	50
A. Le centre de soins pour personnes âgées de Serre Cavalier.	50
B. Bainville sur Madon et les ressources nancéennes en matière d'hébergement de personnes âgées.	55
C. L'Hopital-Hospice de Tonnerre	57
D. L'Hospice de la Charité à Saint Etienne	62
E. Vers la maison médicale de retraite	65
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	72
PLANS : Hospice d'Ivry	3
Première division	23

FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE.

Thèse pour le doctorat en
Médecine (Diplôme d'Etat)

par Madame Cipriani

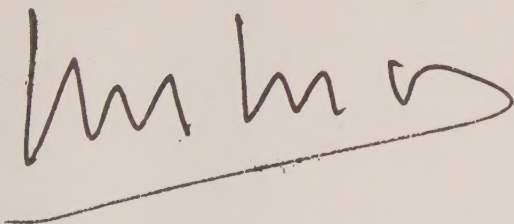
Animation et Humanisation :
problèmes posés par
la transformation de l'hospice.

VU
DE PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADEMIE DE PARIS

Muallu.

VU

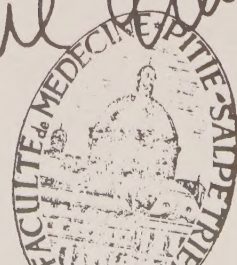
Le président de Thèse :



AUTORISE A SOUTENIR ET A
IMPRIMER LA THESE

Le Doyen :





SOCIÉTÉ
ANONYME
A T I T
10, 12 rue d'Anjou
PARIS 8ème